

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

Année 1971

N° 73

THESE
pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

INTRODUCTION DU MEDICAMENT RETARD
A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE
ASPECTS CLINIQUES ET INSTITUTIONNELS

Présentée et soutenue publiquement le

9 JUIN 1971

PAR

BUISINE Bernard
né le 24 Mai 1946
à METZ (57)

Président : Professeur ARNOULD

Année 1971

N°

THESE
pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

INTRODUCTION DU MEDICAMENT RETARD
A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE
ASPECTS CLINIQUES ET INSTITUTIONNELS

Présentée et soutenue publiquement le

PAR
BUISINE Bernard
né le 24 Mai 1946
à METZ (57)

Président : Professeur ARNOULD



UNIVERSITE DE NANCY I
UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE
DES SCIENCES MEDICALES A et B

Le Président de l'Université de NANCY I :
Professeur J.R. HELLUY

Le Président de l'U.E.R.
des Sciences Médicales A
Professeur Agrégé DUPREZ

Le Président de l'U.E.R.
des Sciences Médicales B
Professeur Titulaire DUREUX

Professeurs Honoraires

MM. CHAILLEY-BERT, HAMANT, MUTEL, FRANCK, MELNOTTE,
HOUPPERT, BODART, J. HARTEMANN, FLORENTIN.

Professeurs Titulaires

Anatomie	M. CAYOTTE
Anatomie Pathologique	M. RAUBER
Bactériologie et Parasitologie	M. HELLUY
Biologie Médicale	M. GRIGNON
Chimie Biologique	M. WOLFF
Clinique chirurgicale A	M. CHALNOT
Clinique chirurgicale B	M. BERTRAND
Clinique chirurgicale infantile	M. BEAU
Clinique chirurgicale C	M. GROSDIDIER
Clinique chirurgicale traumatologique ..	M. SOMMELET
Clinique dermato-syphiligraphique	M. BEUREY
Clinique médicale A	M. HERBEUVAL
Clinique médicale B	M. KISSEL
Clinique des maladies cardio-vasculaires	M. FAIVRE
Clinique de neurologie et psychiatrie ..	M. ARNOULD G.
Clinique de neuro-chirurgie	M. LEPOIRE

Clinique obstétricale	M. RICHON
Clinique ophtalmologique	M. THOMAS
Clinique oto-rhino-laryngologique	M. GRIMAUD
Clinique de pédiatrie et de puériculture	M. NEIMANN
Clinique de pneumo-phtisiologie	M. LAMY
Clinique rhumatologique	M. LOUYOT
Chirurgie plastique de la face et stomatologie	M. GOSSEREZ
Clinique des voies urinaires	M. GUILLEMIN
Electro-radiologie clinique	M. ROUSSEL
Embryologie	M. DOLLANDER
Histologie	M. LEGAIT
Hydrologie thérapeutique et pharmacologie	M. LAMARCHE
Hygiène et médecine sociale	M. SENAULT
Médecine du travail et réadaptation	M. PIERQUIN
Pathologie générale et réanimation	M. LARCAN
Pathologie médicale	M. HARTEMANN
Physiologie	M. ARNOULD P.
Physio-pathologie respiratoire	M. SADOUL
Physique	M. BURG
Thérapeutique	M. HEULLY
Pathologie chirurgicale	M. LOCHARD

Professeurs titulaires à titre personnel

Pathologie chirurgicale cardio-vasculaire	M. BENICHOUX
Exploration fonctionnelle ophtalmologique	M. CORDIER
Nutrition et maladies métaboliques	M. DEBRY
Maladies infectieuses et réanimation neuro-respiratoire	M. DUREUX
Bactériologie, virologie, immunologie ...	M. DE LAVERGNE
Informatique médicale	M. MARTIN
Puériculture et génétique	M. PIERSON
Gérontologie et gériatrie	M. CUNY

Professeurs sans chaire

MM. BOULANGE, BOUVEROT, DE REN, GRILLIAT, GROSS, LACOSTE,
MANCIAUX, PAYSANT, PERNOT, RIBON, SCHMITT, TRIDON.

MAITRES de CONFERENCES AGREGES

Anatomie et organogénèse	N...
Anatomie et organogénèse	M. RENARD
Anatomie pathologique	M. DUPREZ
Anesthésiologie	M. PICARD J.M.
Anesthésiologie	Mme LAXENAIRE
Bactériologie	M. BURDIN
Carcinologie	M. CHARDOT
Chimie	M. NABET
Biochimie	M. NICOLAS
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	M. MATHIEU
Chirurgie	M. BESSOT
Chirurgie	M. FRISCH
Chirurgie	M. MICHON
Chirurgie infantile	M. PREVOT
Dermato-vénérologie	M. WEBER
Radiologie	M. PICARD L.
Electro-radiologie	Mme TREHEUX
Electro-radiologie	M. BERNADAC
Electro-radiologie	M. HOEFFEL
Gynécologie et obstétrique	M. LANDES
Histologie - Embryologie cytogénétique ..	M. DUHEILLE
Hématologie	M. STREIFF
Hygiène	M. FOLIGUET
Médecine et thérapeutique	M. GAUCHER A.
Médecine et thérapeutique	M. GILGENKRANTZ
Médecine et thérapeutique	M. HURIET
Médecine interne	M. THIBAUT
Médecine interne	M. DUC
Médecine interne	M. GAUCHER P.
Médecine interne	M. GUERCI
Neuro-chirurgie	M. MONTAUT
Neurologie et psychiatrie	M. LAXENAIRE
Ophtalmologie	M. RENY
Orthopédie et traumatologie - chirurgie plastique et reconstructive	M. Dr. SCHMITT
Oto-rhino-laryngologie	M. PERRIN
Parasitologie	M. PERCEBOIS
Pharmacologie	M. ROYER
Pédiatrie et génétique médicale	M. VERT

Pneumo-phtisiologie	M. ANTHOINE
Physiologie	M. BOURA
Physique	M. ROBERT
Chirurgie plastique de la face et stomatologie	M. STRICKER

MAITRES de CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Electro-radiologie	M. SCHOUMACHER
--------------------------	----------------

AGREGES LIBRES

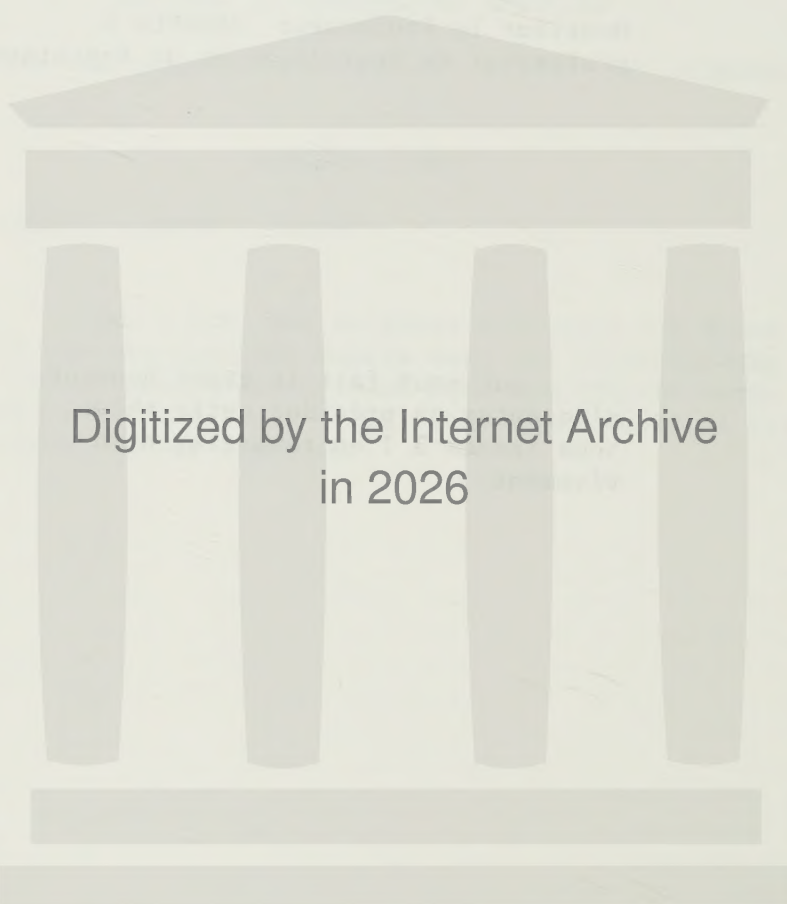
MM. ARNULF - ALGAN - WAYOFF

Les U.E.R. des Sciences Médicales A & B ont arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui leur seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elles n'entendent ni les approuver, ni les imputer.

A notre Président de thèse :

Monsieur le Professeur ARNOULD G.
professeur de Neurologie et de Psychiatrie

qui nous fait le grand honneur
d'accepter de présider cette thèse.
Nous tenons à l'en remercier bien
vivement.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A nos juges,

Monsieur le Professeur LAMARCHE
professeur d'Hydrologie thérapeutique et
de Pharmacologie

Monsieur le Professeur agrégé ROYER
maître de conférence agrégé de Pharmacologie

Monsieur le Professeur TRIDON
professeur sans chaire

en hommage respectueux.

- A Monsieur le Docteur JOSSE

qui m'a fait bénéficier avec une générosité sans réserve de son expérience et m'a communiqué sa foi dans "l'au delà du marécage psychiatrique".

A Monsieur et Madame les Docteurs GOLDREY

qui, en veillant avec grande affection sur mes premiers pas en psychiatrie, ont aidé à l'épanouissement de ma vocation.

- A BEATRICE

- A MA FAMILLE

- A MES AMIS

- A Monsieur ARDOINT et à Monsieur STAMM

pour leur très grande compréhension.

- Aux Laboratoires SQUIBB

- Aux Infirmières et aux Secrétaires

du 4 ème service de l'hôpital de
Ravenel qui ont participé à
l'élaboration de ce travail.

S E R M E N T

Sur ma conscience, en présence de mes Maîtres et de mes Condisciples, je jure d'exercer la médecine suivant les lois de la morale et de l'honneur, et de pratiquer scrupuleusement tous mes devoirs envers les malades, mes confrères et la société.

I ère P A R T I E

E T U D E C L I N I Q U E

1 - LE MEDICAMENT RETARD

A - GENERALITES.

La thérapeutique médicamenteuse en Psychiatrie s'est développée sur une très large échelle, grâce à l'introduction de la chlorpromazine en 1952.

Par la suite, d'autres composés aux propriétés voisines sont venus progressivement enrichir la pharmacopée jusqu'à constituer un véritable "arsenal thérapeutique" de Neuroleptiques, selon le terme créé et défini par J. DELAY et P. DENIKER.

Mais pour la plupart de ces thérapeutiques antipsychotiques, leur élimination rapide a imposé au patient des prises médicamenteuses quotidiennes et pluri-quotidiennes.

Alors que la pharmacopée générale disposait déjà de nombreux médicaments dont l'action retardée permettait d'espacer largement dans le temps la prescription (par exemple, produits hormonaux ou Antibiotiques) la Psychiatrie restait astreinte à un mode classique d'administration de ses psychotropes, tout en représentant, en médecine, la discipline où l'essentiel est le fait des maladies au long cours.

Cette lacune est comblée en 1965, année où apparaît le premier neuroleptique retard permettant, de par sa forme, de rompre avec la routine astreignante des traitements psychiatriques : ce produit permet une imprégnation retardée sur une quinzaine de jours.

Depuis plusieurs années, nous utilisons dans le service le Dichlorhydrate de Fluphénazine; aussi l'apparition en France d'un dérivé retard de ce neuroleptique a suscité d'emblée notre intérêt.

Au cours de la I ère partie de ce travail, nous nous sommes proposé d'étudier les aspects cliniques et institutionnels qui se dégagent de l'introduction d'un médicament retard à l'hôpital psychiatrique.

B - FORMULE CHIMIQUE ET PHARMACOLOGIE.

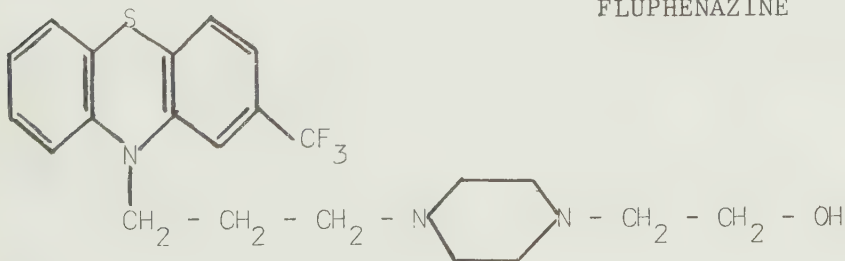
Selon la classification proposée par J. DELAY et DENIKER en 1957, la Fluphénazine fait partie du groupe des Phénothiazines. Elle est obtenue en substituant un trifluoro-méthyl (CF_3) en R2 et une chaîne latérale pipérazinée, porteuse d'une fonction alcool, en R10 et utilisée sous forme de chlorhydrate.

Vue sous l'angle de la classification de LAMBERT et REVOL, elle fait partie des neuroleptiques incisifs, parmi lesquels elle se situe entre la Thiopropérazine et la Prochlorpérazine, c'est donc un dérivé de droite.

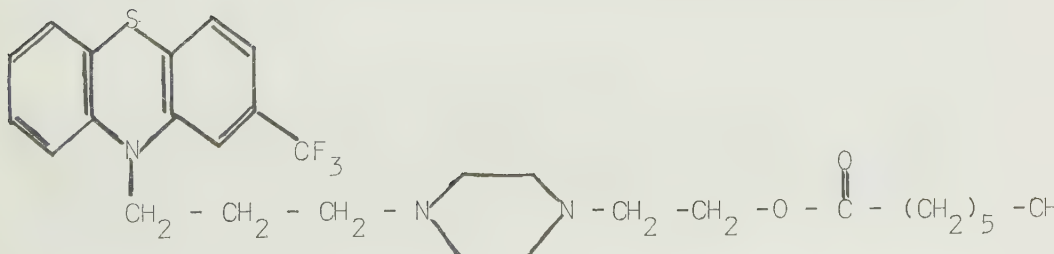
Son dérivé retard est l'oénanthate de fluphénazine. L'oénanthate est un ester de la fluphénazine obtenu avec l'acide oénanthique (ou heptanoïque).

On utilise l'oénanthate de fluphénazine en solution dans l'huile de sésame, pour prolonger l'action de la fluphénazine.

FLUPHENAZINE



OENANTHATE de FLUPHENAZINE



PRESENTATION du PRODUIT.

En France, la Fluphénazine est commercialisée depuis 1962 sous le nom de MODITEN par les Laboratoires SQUIBB.

L'Oenanthane de Fluphénazine (Moditen Retard) lui, l'est depuis 1968 et présenté sous deux formes.

- en ampoules injectables de 1 ml dosées à 25 mg.
- en ampoules injectables de 4 ml dosées à 100 mg.

C - TRAVAUX EFFECTUES A PROPOS DE L OENANTHATE DE FLUPHÉNAZINE.

1 - Aux Etats-Unis.

. En 1963 KINROSS WRIGHT après une étude préalable chez les singes et les volontaires humains, expérimente le produit sur 174 malades, des schizophrènes pour la plupart. Un intervalle de 14 jours est respecté entre chaque injection ; la dose moyenne est de l'ordre de 25 mg (14 jours étant le temps moyen d'action de l'Oenanthane déterminé par les travaux pharmacologiques).

Les effets cliniques sont en tous points comparables à ceux obtenus avec le Dichlorhydrate de Fluphénazine.

. KLINE et SIMPSON rapportent deux cas de malades non coopérants chez lesquels les injections d'Oenanthane ont permis d'éviter une hospitalisation tout en soignant la psychose d'une façon très satisfaisante et avec la coopération des malades obtenue très rapidement. Ils suggèrent également d'associer préventivement des Anti-parkinsoniens.

. BARSÁ et SAUNDERS dans leur étude en "double blind" (chlorhydrate et Oenanthane) concluent : "le médicament a semblé avoir une efficacité plus grande et produire des effets secondaires moins graves que le chlorhydrate de fluphénazine administré quotidiennement par voie orale". (1965)

2 - En France.

Mme LACROIX, dans sa thèse présentée en 1968; a particulièrement bien étudié ce chapitre et nous nous bornerons à en reproduire les faits les plus marquants :

- BORNSTEIN, LAMBERT, DENIKER, FOUKS et GAYRAL s'attachent à l'étude de ce médicament, en définissant les particularités, les indications et les posologies.

- LAMBERT conseille de commencer le traitement en milieu hospitalier, l'examen clinique permettant d'établir la dose unitaire et le rythme des injections.

Il insiste sur le fait que les premières injections sont suivies d'une phase de somnolence et d'asthénie qui peut aller jusqu'au tableau d'asthénie-aboulie ; les troubles tendent à disparaître avec la multiplication des injections.

... Les conclusions de BORNSTEIN et de ses collaborateurs en juillet 1967 sont les suivantes :

. La tolérance de l'oenanthate de fluphénazine, tant locale que générale et biologique, est excellente ;

. Sa grande maniabilité rend possible son utilisation d'emblée dans les tableaux psychotiques aigus (ce point est contesté par d'autres auteurs) ;

. Son efficacité semble nettement supérieure à celle du Dichlorhydrate.

. Ses effets secondaires sont moins importants.

Il faut toutefois redouter l'apparition de crises akinéto-hypertoniques, un état de fatigue dans les jours qui suivent l'injection et, à la longue, des phénomènes dépressifs sur lesquels insistent d'ailleurs la plupart des auteurs.

- Pour DELAY et DENIKER, l'intérêt essentiel de ce produit semble résider dans la réduction des doses globales, évitant ainsi les inconvénients d'ordre métabolique que crée l'accumulation à long terme de ces drogues dans les différents tissus.

- GAYRAL et ses collaborateurs terminent leur étude en précisant que l'avantage et l'originalité de ce produit peuvent se définir en trois points :

- 1 - suppression de la servitude et de la contrainte que représente la nécessité d'absorber quotidiennement une "drogue".
- 2 - contrôle facile et sûr ouvrant des possibilités jusqu'ici improbables de traitement extra-hospitalier.
- 3 - possibilité donc d'un nouveau mode de relation psychothérapique, tant hospitalière qu'extra-hospitalière.

- FOUKS codifie les indications de l'Oenanthate de Fluphénazine comme suit :

- 1 - les psychoses chroniques "de gravité moyenne, bien stabilisées par des doses faibles ou moyennes". chez des malades indociles et non coopérants.
- 2 - Les sujets coopérants, bien stabilisés, qui acceptent mal cette suggestion pénible que représente pour eux la prise quotidienne de médicaments.
- 3 - lorsque le dichlorhydrate provoque une asthénie trop importante ou lorsque les troubles digestifs sont trop accusés.
- 4 - L'Oenanthate de fluphénazine peut-être associé, temporairement, au dichlorhydrate, améliorant la docilité du malade et évitant ainsi le risque de rejet de la forme orale.
- 5 - D'emblée, l'Oenanthate peut être indiqué chez les délirants psychorigides et, en particulier, chez les jaloux.
- 6 - Dans les cas de psychoses aiguës ou graves avec négativisme.
- 7 - En post-cure : c'est là son indication majeure et son originalité.

En 1967, à ARTIGNY, un séminaire groupant Mrs les Docteurs BOISSIER, DENIKER, FOUKS, GAYRAL et LAMBERT a tenté de faire la synthèse des connaissances actuelles concernant le MODITEN RETARD.

Une table ronde a permis d'expliciter certaines divergences et d'aboutir à des conclusions communes à tous les expérimentateurs, à savoir : l'intérêt qu'offre l'oéanthate de fluphénazine en tant qu'anti-psychotique incisif, utilisable essentiellement dans les psychoses chroniques, à une posologie - et de nombreux auteurs insistent sur ce point - très faible par rapport aux doses de neuroleptiques employées habituellement.

Synthèse des travaux récents.

De nombreuses publications ont eu lieu au congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française à Bruxelles en 1969 :

- KAMMERER étudiant l'oéanthate de fluphénazine dans les Psychoses chroniques, souligne les avantages d'une forme d'administration peu contraignante, efficace à faible dose dans les états délirants mais plus spécifiquement dans les syndromes d'inhibition et d'autisme.

- HUGUET conclut son étude en soulignant que l'oéanthate de fluphénazine est le garant d'une prescription neuroleptique régulière, qu'il résout, sans coup férir, le problème de l'infidélité des malades aux prescriptions des psychiatres. Sécurisant pour le médecin, rassurant pour l'entourage, bien accepté par le sujet, ce type de traitement ouvre sans doute des perspectives très positives mais il ne faut pas perdre de vue les problèmes éthiques qu'il pose aussi et qui doivent inciter à en peser soigneusement les indications car il ne faudrait pas que les facilités offertes par le Moditen d'action prolongée incitent à l'oppression thérapeutique et basculent dans la contrainte médicamenteuse.

- LEGER insiste surtout sur l'intérêt du produit lors du traitement ambulatoire et montre l'utilisation possible du Moditen Retard chez des malades n'ayant reçu que très peu de traitements Neuroleptiques : traitement toujours bien supporté.

- L'équipe médicale de la Verrière insiste sur le fait que l'utilisation du Moditen Retard au dispensaire permet d'éviter de nombreuses rechutes et surtout que l'injection de Moditen Retard pratiquée au dispensaire d'Hygiène Mentale apparaît comme un médiateur très réel très original entre soignants et soignés.

- Le service du Dr. ROPERT à la fin de son étude exprime quelques remarques sur la facilité apparente de la méthode pour le médecin. Sans vouloir diminuer celle-ci, il demande simplement de réfléchir sur les conditions de son application et d'éviter certaines tentations dangereuses.

- . La première serait de rejeter son malade : "on est tranquille, on a donné une bonne camisole, il n'est plus besoin de s'en occuper".
- . L'autre serait de faire de l'Oenanthate de Fluphénazine le médicament de ceux auxquels on n'a pu faire accepter un traitement oral, de ceux qui ont "triché" en interrompant la cure, de ceux qui ont "résisté" aux autres médicaments, de ceux qui ont mal "gratifié" leur thérapeute.
- . Risque de la facilité apparente de la méthode pour les généralistes sans hospitalisation avec une surveillance plus ou moins lointaine.

Lors du Colloque qui s'est déroulé à l'hôpital de Sotteville-lès-Rouen, Bornstein traitant les incidences relationnelles d'un tel traitement, fait remarquer que les effets du produit retard se poursuivent que le patient le souhaite ou le refuse. L'arrêt du traitement ne lui appartient pas et échappe au thérapeute d'ailleurs : il s'agit bien là d'une atteinte à la liberté du patient. Dans quelques cas, il nous arrive de traiter des patients contre leur gré. Cette restriction ouvre la porte à une autre question celle de savoir si un produit dont la durée d'action serait encore plus étale, se légitimerait (des produits Retard d'action de 5 à 6 semaines sont actuellement en expérimentation).

Camisole chimique améliorée, on passerait d'une aliénation à l'autre.

2 - LE CADRE - L'INSTITUTION
SES PROBLEMES

L'introduction du Moditen Retard s'est faite dans un service hospitalier où depuis plusieurs années une démarche psychothérapique institutionnelle essayait de s'instaurer.

- Par psychothérapie institutionnelle nous entendons non seulement l'aspect formel de cette démarche : réunions avec les malades, démocratisation des rapports humains, mais également une certaine forme d'écoute, écoute du malade, écoute d'une vérité se situant au delà de l'observation et de la symptomatologie objective, analyse du contre-transfert des soignants.
- Notre conception de l'institution témoigne d'une volonté de libérer l'individu. Elle témoigne également d'une certaine confiance dans la capacité des individus (et notamment des individus malades) de se développer et d'établir des relations fondées sur le respect mutuel.
- Nous avons voulu rejeter l'asile classique dans le sens d'une institution totalitaire : les individus y sont placés dans une même situation, coupés du monde extérieur, vivant une vie recluse dont les modalités sont minutieusement réglées. Asile classique où les individus sont manipulés en groupe et où l'hospitalisation aboutit à une dépersonnalisation.

Comme l'écrit GOFFMAN (Asiles) :

"Si l'on examine la fonction des institutions totalitaires, il semble que bon nombre d'entre elles n'aient d'autre but que d'assurer, comme de simples magasins, la mise en dépôt de leurs pensionnaires mais elles se veulent pour le public des organisations rationnelles,

conçues selon un plan concerté, soucieuses de tous les détails : en somme, des machines bien huilées, vouées à des fins officiellement affichées, non moins officiellement approuvées, visant à la rééducation des reclus en fonction de quelques normes idéales".

Nous souhaitons donc réagir contre "l'Asile classique", contre les barrières entre les catégories de personnel, les clans, les abus, contre la méchanceté à l'égard des malades, l'obsession de la propreté, contre le médecin-chef qui détient tous les pouvoirs, l'interne "qui ne fait que passer", les surveillants qui détiennent certaines prérogatives médicales.

L' Asile classique peut être caractérisé par un état statique où l'on reste assis à sa place et dans ses prérogatives.

- Ce que nous cherchons, dans l'institution, où nous avons introduit le Moditen Retard, c'est faire en sorte que le collectif soit désaliénant :

Pour le tenter, nous nous sommes appuyé sur un certain nombre de principes :

- . réaction contre les clans, les privilèges, la hiérarchie,
- . certitude d'une nécessité du mouvement.
- . essai de relations humaines basées sur la justice, la confiance, la considération réciproque, l'absence de barrière.
- . rejet d'une ligne de partage entre folie et non folie.

Les principes ont orienté une pratique que l'on peut schématiser ainsi :

- . Limitation de la hiérarchie et de l'autorité des surveillants.
- . Suppression des symboles différenciant soignés et soignants.
- . Portes ouvertes.
- . Ebauche de mixité.
- . Limitation de la spécialisation des pavillons.

- . Suppression des frontières extérieures.-
- . Activités Ergothérapeutiques.
- . Réunion des soignants hors des frontières hiérarchiques.
- . Réunions soignants-soignés dans un esprit de totale démocratie.
- . Extension de la notion d'institution en dispensaire de post-cure et au secteur.
- . absence de consignes et de règles formelles remplacées par les directives générales.

De tels principes et une telle pratique se détachent du schéma rigide : liëson = symptôme = médicaments = guërison ou non.

Mais il est bien évident que dans le contexte psychiatrique actuel, les thérapeutiques biologiques (et l'objet de cette thèse l'atteste) sont cependant nécessaires.

Nous pensons également qu'il faut tenir compte du caractère symbolique de la drogue : la manière de donner le médicament, le moyen d'échange qu'il représente sont des éléments qui comptent autant que le médicament lui-même.

Nous sommes conscient aussi du caractère simultanément autoritaire et libéral des nouvelles méthodes. D'une part, tous ces nouveaux principes tendent à libérer l'individu et d'autre part, à le soumettre à de nouvelles contraintes.

Comme le dit Lévy dans sa thèse : -Les paradoxes de la liberté- : "Tandis que certaines d'entre elles (nouvelles méthodes) ont pour fonction explicite d'encourager l'autonomie et l'initiative du personnel, d'autres ont celle, implicite, de centraliser plus fortement l'autorité. Les unes réduisent l'autorité des infirmiers sur les malades, des surveillants sur les infirmiers, des diplômés sur les stagiaires, mais les autres renforcent celle des médecins sur les infirmiers, du médecin-chef sur

les internes. Et cela entre dans la mission même des nouvelles méthodes, réévaluer les objectifs médicaux en face des objectifs administratifs (ordre, discipline). Il leur faut donc accorder à l'autorité médicale (celle des médecins) une suprématie sur l'autorité administrative (celle surtout des surveillants).

Ces nouveaux principes, en effet, traduisent la volonté de libérer les individus mais, en fait, ils paraissent souvent conçus pour protéger les malades des infirmiers et surveillants (l'autorité de ceux-ci étant, il est vrai, liée à l'absentéisme médical, fréquent dans l'asile classique).

Ils traduisent la crainte que ne s'installe "la routine". Les attitudes des soignants consistent à savoir se dominer, vaincre ses pulsions, à rejeter toute agressivité, égoïsme, arbitraire pour, au contraire, être gentil, humain, bienveillant.

Tout ceci, non pour dénigrer toute l'évolution psychiatrique actuelle mais pour dire qu'une démarche psycho-institutionnelle doit être une perpétuelle remise en cause de ses structures et une auto-critique sans cesse renouvelée de ses membres.

Dans notre recherche des effets au sens général et institutionnel du Moditen Retard, nous avons rejeté les démarches de sujets à objets, pour instituer une démarche de sujets à sujets.

3 - L'EXPERIMENTATION

A - MODE d'ADMINISTRATION

1- Principes

Nous avons adopté les principes suivants :

- Mise en route du traitement toujours en milieu hospitalier.

- Maintien du malade en milieu hospitalier pendant une durée d'au moins une semaine après la première injection pour éviter les incidents immédiats du traitement et habituer le malade à la prise quotidienne des correcteurs.

- Pour les malades vierges de toutes médications neuroleptiques antérieures, l'institution du Moditen Retard a été précédée d'une cure neuroleptique standard :

- . soit par Moditen simple

- . soit par l'association Halopéridol-Nozinan pour juger de la tolérance individuelle du malade aux Neuroleptiques.

- Pour les malades déjà soumis antérieurement à un traitement neuroleptique, le Moditen Retard a été institué d'emblée dans quelques cas.

2 - Posologie

- Les doses de Moditen Retard ont été adaptées aux doses de Moditen ordinaire dans un rapport de 1 pour 2. A 100 mg d'oenanthate de fluphénazine correspondent par exemple 200 mg de Moditen oral.

- Les doses employées ont varié entre 50 et 300 mg.

- En milieu extra-hospitalier, les posologies prescrites n'ont jamais dépassé 200 mg toutes les 3 semaines.

- L'intervalle compris entre deux injections a été :

- . de 2 semaines lors de l'hospitalisation de la malade.

- . de 3 semaines en post-cure.

- Nous avons dû évidemment, dans certains cas, modifier la posologie et le rythme "au jour le jour" en fonction du critère essentiel qu'est l'évolution clinique.

3 - Les correcteurs.

Dans notre étude, les antiparkinsoniens ont été administrés systématiquement d'emblée (bien que non mentionnés dans les observations) à des doses conditionnées par les effets secondaires.

L'association de départ a comporté :

- orphénadrine (Disipal)
- trihexyphénidyle (Artane)

L'éthylbenzatropine (Ponalide) essayée au début s'est avérée gênante de par son effet atropinisant pour un traitement de longue durée. Seule sa forme injectable a été retenue dans les cas de troubles extra-pyramidaux marqués à type de contractures ou impatience des membres.

Dans certains cas rebelles de tremblements, l'association Artane-Disipal a été remplacée le plus souvent avec succès par le couple

- chlorhydrate du 4-1- méthylpipéridine (Taumidine)
- chlorhydrate de 3-pipéridino-1-phényl-1 bicycloheptenyl - propanol (Akinophyl).

Par ailleurs, une injection de Ponalide a été systématiquement ajoutée à l'injection du Moditen Retard afin de réduire l'asthénie constatée par de nombreux auteurs dans les 48 heures suivant l'injection ; effectivement, cet effet secondaire n'a été ainsi qu'exceptionnellement observé.

L'effet hypotenseur de l'oéanthate a dans quelques cas nécessité l'adjonction de vasopresseurs type phényléphrine (Néosynéphrine) ou d'un tonicardiaque type chlorhydrate d'heptaminol (Hept-a-myl)

4 - Les associations.

L'association, soit avec des neuroleptiques sédatifs type levomépromazine (Nozinan), soit avec des antidépresseurs type chlorhydrate d'iminodibenzyle (Anafranil)

s'est parfois avérée nécessaire. Lors de l'association avec des neuroleptiques sédatifs (type Nozinan ou Melleril), l'apport de correcteurs a pu être réduit.

B - ORGANISATION DU TRAITEMENT DANS LE CADRE DU SECTEUR.

1 - A l'hôpital

- La partie du service dans laquelle l'expérimentation a été conduite comprend deux pavillons :
 - . un pavillon d'admission contenant à la fois des malades en cure libre (1/3) et des malades en placement volontaire (2/3)
 - . un pavillon de malades à séjour prolongé contenant des malades pour la plupart travailleurs, occupés dans les services généraux de l'établissement et les ateliers d'ergothérapie.

Dans ces deux pavillons, les portes sont ouvertes en permanence, imposant, de la sorte, un surcroît de travail et de surveillance de la part du personnel soignant, compte tenu de la présence de nombreux malades en placement volontaire.

Ces difficultés sont grevées encore par le rythme de rotation des infirmiers et par l'absentéisme fréquemment observé dans un service à personnel féminin.

Le service dispose de certains ateliers d'ergothérapie qui lui sont propres (tricot, enseignement ménager, céramique) et d'autres communs à tout l'hôpital (salle de cinéma, salle de sports, ateliers divers).

Un journal, composé par les malades, est également tiré tous les mois, ceci aussi à l'échelon du service.

Tout un système de réunions, de clubs, fonctionne à jours fixes dans le service.

- réunions de malades avec leurs délégués.
- réunions, voyages, sports, bibliothèque...)
- dans chaque pavillon, des réunions hebdomadaires regroupant soignés et soignants.

2 - Dans le secteur extra-hospitalier.

- Les malades traités par Moditen Retard, lors de leur sortie, sont revus dans les dispensaires d'Hygiène Mentale de la Préfecture toutes les trois semaines.

Les injections sont faites au dispensaire le

jour même de la consultation ; injections pratiquées par une infirmière attachée au service dans lequel avait été hospitalisé le malade.

Cette concordance, en quelques minutes, de l'acte chimiothérapique et de la consultation médicale, valorise et l'injection et l'entretien avec le médecin et l'infirmière (équipe soignante que le malade connaissait déjà auparavant).

Malgré la vétusté des locaux, le peu de confort des salles, nous avons été frappés, médecins et infirmières, de l'intérêt que prennent à ce traitement les malades, même les plus opposants habituellement, intérêt se manifestant par la ponctualité au rendez-vous pour l'injection et même, après plusieurs mois de traitement, la non demande d'arrêt des injections et ou de diminution des doses.

C- OBSERVATIONS

- Durée de l'expérimentation : 10 mois.
- Notre population comporte 29 cas, tous de sexe féminin, dont l'âge, très variable, se situe entre 16 et 60 ans.
- Du point de vue "diagnostic" nous pouvons les répartir ainsi :

I - Schizophrénie : 12 cas dont

- 1 hébéphrénie,
- 1 catatonie,
- 2 psychoses paranoïdes,
- 8 dysthymies.

2 - Délires chroniques : 8 cas dont

- 3 psychoses hallucinatoires chroniques,
- 3 délires interprétatifs,
- 1 paraphrénie,
- 1 délire passionnel.

3 - Mélancolie : 2 cas

4 - Psychose Maniaco dépressive : 3 cas

5 - Débilité avec épilepsie : 2 cas

6 - Déséquilibre : 1 cas

7 - Ethylisme névrotique : 1 cas

D'un point de vue pratique :

- Pour passer de la fluphénazine per os à la forme Retard, nous avons procédé généralement comme suit :

- . injection de Moditen Retard le lendemain matin de la prescription.
- . arrêt du Moditen ordinaire (gouttes, comprimés, ou ampoules injectable IM) le lendemain matin de l'injection.
- . conservation du traitement qui était associé au Moditen simple (correcteurs antiparkinsoniens, analeptiques cardio-vasculaires).

- Les ampoules d'oénanthate sont injectées en intra-musculaire profonde associées systématiquement à une ampoule de Ponalide (dans la seringue) de façon à diminuer l'asthénie constatée lors des 48 heures suivant l'injection.

Observation n° 1 - M. Jeanine, 26 ans.

jeune mariée, sans enfant, ouvrière
d'usine.

Madame M. est hospitalisée le 6 janvier 1970, adressée en urgence par un hôpital général pour troubles du comportement.

La malade est bien connue du service, elle a déjà été hospitalisée à six reprises en six ans pour des réactivations délirantes au décours d'une révolution schizophrénique à forme hébéphrénique.

Lors de son admission, la malade est logorrhéique, tient des propos saugrenus dans un langage infantile. La pensée est diffluente, les barrages sont nombreux ; une expérience délirante mystique est vécue sur un mode extatique.

Un traitement par Halopéridole est entrepris. Après deux semaines il est interrompu, la malade persistant dans son attitude négativiste. Cependant le délire s'estompe laissant émerger des préoccupations conjugales spontanément évoquées.

Du Moditen injectable est alors prescrit à la dose de 40 mg par jour. Le comportement de la malade se normalise. Elle se lève, s'occupe et provoque même des conversations qu'elle refusait jusqu'alors.

Le 28 janvier, on remplace le Moditen simple par le Moditen Retard (75 mg toutes les deux semaines).

Des permissions sont possibles ; les injections sont progressivement espacées : d'abord toutes les trois semaines, puis tous les mois. La malade est actuellement sortie, vient régulièrement au dispensaire pour son traitement ; elle a repris ses activités professionnelles et l'entente conjugale est meilleure que jamais.

Observation n° 2 - K. Monique, 21 ans.
célibataire, sténo dactylo.

Mademoiselle K. est une jeune fille de 21 ans de présentation agréable et de bon niveau intellectuel, appréciée par ses employeurs comme sténo dactylo.

Pour la première fois, elle entre le 25.8.69 pour un état dépressif atypique, centré sur des difficultés à assumer sa féminité. Blessée dans son narcissisme, elle vient de faire une tentative de suicide. Monique reçoit de l'Anafranil et du Nozinan. L'hypersyntonie masque mal une anxiété diffuse ; Monique dissimule souvent ses médicaments dans un but suicidaire. Dès le 20.12.69, elle reçoit 100 mg de Moditen Retard renouvelé le 12 janvier ; une sortie d'essai est alors tentée malgré le peu d'amélioration du comportement. Au lendemain même de sa sortie (le 17.1.70), Mademoiselle K. fait une tentative d'autolyse.

Réadmise le 24.1.70 au service, elle est alors intégrée dans une cure de sommeil collective (le Moditen Retard étant maintenu). Principale bénéficiaire de la cure sur le plan du sommeil de par la potentialisation du cocktail sédatif par le Moditen Retard, Monique est très mal acceptée par ses compagnes. Une nouvelle sortie d'essai intervient le 3.4.70 sans amélioration véritable (au terme de la cure de sommeil, le Moditen Retard est supprimé).

Le 22.5.70 nouvelle hospitalisation pour un état d'excitation extrême avec depuis plusieurs semaines : instabilité, irritabilité, dispersion, absentéisme professionnel, nymphomanie. Après quelques jours de Largactil à hautes doses sans résultat, reprise du Moditen Retard à la dose de 150 mg toutes les deux semaines. Progressivement Monique se calme, apparaît moins provocante (une salpingectomie est pratiquée sans incident, la malade étant maintenue sous Moditen Retard). Monique semble décidée à se soumettre à un contrôle de post-cure, critique valablement son comportement antérieur. Elle sort le 28.7.70, la réinsertion professionnelle étant assurée. Revue à deux reprises au D.H.E., Monique travaille régulièrement et

apparaît relativement bien stabilisée par rapport à son comportement antérieur. Cependant, le pronostic est incertain.

Observation n° 3 - R. Georgette, 50 ans
mariée, 2 enfants, bouchère.

Madame R. a fait de nombreux séjours dans notre service ; en effet, c'est une malade psychotique qui réagit très bien au traitement neuroleptique mais qui, rapidement après la sortie, le diminue ou l'arrête entraînant ainsi des rechutes itératives ; elle présente une paraphrénie fantastique à coloration hypomaniaque teintée d'histrionisme et à thèmes multiples, électivement érotiques et mégalomaniaques. Madame R. multiplie les démarches auprès de procureurs, avocats, notaires.

A sa dernière hospitalisation, le 28 janvier 70, Madame R. reçoit du Moditen d'abord par voie orale, ensuite sous forme Retard. Il faut pour lui faire accepter cette dernière forme, user de multiples arguments : la malade est en effet d'un bon niveau intellectuel (ancienne institutrice), d'esprit critique, trop lucide pour accepter sans réticence l'état de dépendance où la soumet le produit : nombreuses sont les questions posées sur les tenants et aboutissants de la médication.

Celle-ci entraîne une normalisation rapide du comportement et une apparente disparition de toute activité délirante.

Madame R. peut sortir le 21.3.70

Avec un recul de cinq mois, elle semble actuellement bien stabilisée ; parallèlement, les difficultés conjugales apparaissent moins prenantes.

Actuellement, la dose peut être réduite à 50 mg toutes les trois semaines et Madame R. n'a jamais été aussi sereine.

Observation n° 4 - N. Berthe, 62 ans.

veuve, 3 enfants, sans profession.

Madame N. est hospitalisée une première fois en 1968 pour un état dépressif important avec auto-accusation, négativisme, perte de l'élan vital, crises d'angoisse et insomnie. Cet état est secondaire au décès du mari survenu un an plus tôt.

Un traitement par Dipipéron et Seresta n'amène qu'une amélioration très lentement progressive.

La malade est réhospitalisée en mars 1970, se présentant amaigrie, abattue, soucieuse, méfiante à l'extrême et hostile au médecin et à la thérapeutique ; l'anxiété apparaît très vive alimentée par un intense sentiment de culpabilité ; aucun contact n'est possible semi-mutisme.

Sous Nozinan injectable, puis Moditen per os, une détente relationnelle s'amorce, laissant d'ailleurs émerger une activité délirante sous jacente, à thème de persécution ; la forme retard est substituée à la forme orale une semaine plus tard (100 mg toutes les deux semaines) ; les jours suivants, l'état mental s'améliore mais apparaissent des effets secondaires à type de raideur des membres et d'impatience dans les jambes rapidement jugulés par une série d'injections de Ponalide.

Madame N. peut sortir après sa deuxième injection de Moditen Retard. L'hospitalisation aura duré un mois.

Revue trois semaines plus tard en post-cure, la malade semble amorcer une rechute liée, semble-t-il, à des difficultés d'ordre familial ; la dose est alors majorée (175 mg). Revue régulièrement au dispensaire et compte tenu d'un recul de trois mois, l'amélioration apparaît tout à fait manifeste.

Observation n° 5 - M. Eugénie, 58 ans.

mariée, 2 enfants, sans profession.

Madame M. Eugénie a eu une enfance difficile ; à 7 ans elle perd sa mère, son père quitte alors le domicile familial définitivement ; elle doit être élevée par une tante pour laquelle elle n'a jamais eu d'affection. Elle se marie à 19 ans.

Elle est suivie par un neuro-psychiatre, depuis janvier 1968 pour un état dépressif chronique.

Hospitalisée pour la première fois en juin 1968 en milieu psychiatrique, elle présente un état dépressif interne où prédominent l'asthénie et l'anxiété, sous tendu par un délire à thème de persécution et d'influence évoluant à bas bruit depuis plusieurs mois mais déjà bien organisé. Un traitement par Anafranil et Nozinan permet une amélioration du contact et un enkystement du délire. Madame M. sort deux mois plus tard.

Elle doit être rehospitalisée le 27.4.70, pour un état d'excitation verbal marqué par une reprise des phénomènes hallucinatoires ; le contact est rendu médiocre par la méfiance et la reticence de la malade. Du Moditen par voie parentérale à la dose quotidienne de 40 mg, entraîne une rapide sédation des phénomènes délirants et sur le plan thymique une certaine euphorie ; le relais est établi avec le Moditen Retard 75 mg toutes les deux semaines.

Elle sort le 23.5.70 sans qu'aucun effet secondaire ne soit apparu.

Revu au DHM le 11.6 Madame M. semble bien stabilisée. Rien paraît alors annoncer une rechute : pourtant Madame M. rentre à nouveau au service le 23.6.70, hospitalisation non justifiée, semble-t-il, par une reprise des activités délirantes, mais par une asthénie secondaire à des difficultés familiales (maladie du mari).

On poursuit le Moditen Retard à posologie plus élevée en y adjoignant de l'Anafranil. La thymie s'étant normalisée une sortie prochaine est envisagée.

Observation n° 6 - Marie Louise C., 29 ans
célibataire, dame de compagnie

Mademoiselle C. est orpheline très jeune ; à l'âge de huit ans, elle est violée par son beau-père ; son état psychique déjà précaire est aggravé par un traumatisme cranien à l'âge de 18 ans

Elle entre au service le 5 février 70 pour troubles du comportement dans son milieu socio professionnel (elle occupe l'emploi de dame de compagnie, depuis 3 ans, chez une institutrice en retraite).

A l'admission, elle se présente tendue, agressive et revendicative elle tient des propos désobligeants et grossiers voire orduriers vis à vis de sa patronne et du personnel soignant. Elle exprime des préoccupations hypochondriaques partiellement justifiées par un état physique médiocre.

Dès l'entrée un traitement au Largactil à doses élevées par voie parentérale n'apporte aucune amélioration. Une semaine plus tard la malade est mise sous Moditen simple (75 mg matin et midi per os et 20 mg par voie parentérale le soir) ; pendant quelques jours la malade adopte une attitude négativiste refusant de quitter le lit et de s'alimenter. A partir du premier mois, une nette amélioration se dessine, la malade se détend, commence à s'intéresser à son entourage et à participer régulièrement aux activités ergothérapiques. Quelques jours avant la sortie prévue pour le 19 mars 70, la forme Retard est instituée (100 mg toutes les trois semaines) afin de permettre une meilleure surveillance de la malade en post-cure.

Revue à trois reprises au D H M Mademoiselle C. présente une fluctuation thymique. Malheureusement il n'est pas possible d'élever la posologie, en raison de l'existence de troubles importants de la vue non atténués par la substitution d'Artane au Ponalide. Dans le courant du mois de juin, une lettre de sa patronne nous apprend qu'elle a fait une fugue apparemment immotivée. L'assistante sociale de secteur retrouve sa trace un mois plus

tard ; elle est employée de maison chez un prêtre dans la région ; elle nous écrit, demandant à être suivie à nouveau en post-cure.

Observation n° 7 - C. Liliane, 23 ans.
célibataire, étudiante.

Traitée en milieu psychiatrique depuis 1966, Mademoiselle C. fait deux séjours successifs à la Verrière, et est hospitalisée pour la première fois dans notre service le 3 mars 1970.

A chaque fois, elle se présente dans un état de manie atypique avec agitation psychomotrice intense, érotisation de la gestuelle et des propos, rires incoercibles et le plus souvent immotivés. De forte corpulence, elle laisse des souvenirs imperissables aux soignés et soignants du pavillon.

Un traitement par Nozinan et Halopéridol administré à fortes doses par voie parentérale n'entraîne qu'une sédation discrète et passagère des troubles ; le 17.3, la voie orale est substituée à la voie parentérale, mais avec adjonction de Moditen (gouttes).

Le 24.3, après une période d'instabilité croissante survient un nouvel épisode d'excitation plus intense encore : la malade reçoit alors 200 mg de Moditen Retard ; après échec de celui-ci, une sismothérapie est entreprise : Liliane reçoit 10 E.C. qu'elle accepte sans commentaires et supporte allègrement malgré le maintien du Moditen ; après quelques jours de somnolence, le contact s'améliore, la thymie se normalise, mais la malade reste isolée de ses compagnes, subdépressive, "pressée de quitter un pavillon, où dit-elle, elle ne s'est fait que trop remarquer".

Quelques jours après sa sortie, survenue le 26.4.70, un accident de circulation l'oblige à être hospitalisée en milieu chirurgical durant plusieurs semaines, sans qu'apparaisse toutefois une recrudescence des troubles ; revue au D H M à plusieurs reprises, Melle C. semble ne pas avoir retrouvé son équilibre ; elle garde un sourire figé et une réticence pleine de sous-entendus.

L'ambiance familiale pathogène -un frère schizophrène, des parents hyper-protecteurs et anxieux- que la malade se refuse à quitter n'est sûrement pas un facteur

favorisant d'une stabilisation.

Actuellement, le Moditen Retard est maintenu à raison de 150 mg toutes les trois semaines : à ce jour, il n'a apporté qu'un résultat partiel.

Observation n° 8 - J. Marie Claude, 36 ans.
célibataire, ouvrière d'usine.

Mademoiselle J. est hospitalisée pour la première fois au service le 11 juin 1969, sous la forme d'un placement d'office : le certificat médical d'entrée la mentionne dangereuse pour ses compagnes d'atelier et ses colocataires.

Melle J., depuis plusieurs années, vit isolée sans contact véritable ; ses revenus sont modestes. Lors de l'entrée, l'état physique est médiocre ; Melle J. exprime des idées délirantes à substratum interprétatif et à thème de persécution portant sur son entourage et en particulier sur son milieu professionnel : elles sont accompagnées de préoccupations hypochondriaques qui semblent symptomatiques d'une désorganisation du schéma corporel.

C'est seulement en janvier 70 qu'un traitement par Moditen est institué après échec de diverses thérapeutiques neuroleptiques et antidépressives : le contact est toujours très difficile, les préoccupations hypochondriaques permanentes ; seules les idées délirantes semblent enkystées. Le Moditen par voie orale (200 mg) n'apporte que peu d'amélioration : les périodes d'activités ergothérapeutiques alternent avec des périodes d'isolement et d'apragmatisme.

On tente de substituer le Moditen Retard au Moditen simple tout en augmentant la posologie et en adjoignant un thymoanaleptique (Anafranil 125 mg per os)

Actuellement, la malade reçoit ce traitement depuis 5 mois. Depuis quelques semaines, une nette amélioration se dessine ; le contact médecin malade est satisfaisant, la participation aux activités ergothérapeutiques est devenue régulière, la symptomatologie hypochondriaque et délirante n'est plus extériorisée.

Le résultat tardif mais certain du Moditen Retard permet une sortie d'essai le 22 août.

Observation n° 9 - S. Lucie, 42 ans.
mariée, 3 enfants, sans profession.

Madame S. est hospitalisée au service pour la dixième fois depuis 1952 pour une schizophrénie paranoïde.

Tous les traitements antérieurs : sismothérapie, insulinothérapie chimiothérapie n'ont donné que des résultats temporaires.

Elle est réadmise le 7 février 1970.

Elle présente à nouveau des troubles du cours de la pensée et du langage, extériorise des idées délirantes mal systématisées avec fantasmatisation de l'image paternelle et manifeste une vive anxiété. Elle est traitée initialement par du Moditen injectable (60 mg par jour), relayé par du Moditen oral (250 mg). Une nette amélioration permet le passage à la forme Retard (150 mg tous les quinze jours) laquelle est très bien acceptée par la malade.

Un mois après son entrée, une permission s'avère possible bientôt suivie d'une sortie : le contact avec la réalité s'est amélioré mais les préoccupations délirantes persistent malgré l'adjonction d'Halopéridol, peu de temps avant la sortie.

Un contrôle régulier de post-cure objective, dans les deux mois qui suivent une disparition progressive des idées délirantes. L'amélioration actuelle ne paraît pas avoir d'équivalent depuis le début de la maladie.

Observation n° 10 - H. Charlotte, 42 ans
mariée, 5 enfants, lingère.

Schizophrène de longue date, Madame H. a été hospitalisée pour la première fois au service en 1949.

Depuis lors, les multiples traitements n'ont apporté que des améliorations transitoires.

Elle est réadmise pour la 16ème fois le 30.4.70

Aux difficultés habituelles avec le conjoint (alcoolique névrotique) se sont surajoutées des difficultés d'ordre professionnel.

Trois jours après l'admission, survient un accès de manie atypique intense. Après six jours de Moditen injectable (60 mg pro die) est instituée la forme Retard, qui permet de réduire le nombre des injections devenues douloureuses ; à une injection initiale de 250 mg succèdent des injections hebdomadaires de 125 mg, complétées du fait de l'excitation persistante par 250 mg de Seresta.

En trois semaines, la thymie se normalise. La malade participe à nouveau aux activités ergothérapeutiques.

Après une stabilisation de deux mois autorisant une diminution progressive de la posologie (125 mg toutes les deux semaines de M. R. et 75 mg de Seresta), apparaît une rechute à la forme dépressive virant progressivement vers un état catatonique.

Un traitement par Anafranil est alors entrepris entraînant une desinhibition progressive mais encore insuffisante pour autoriser une sortie.

Observation n° 11 - S. Coralie, 27 ans.

célibataire, monitrice d'enseignement ménager.

Atteinte d'une schizophrénie d'évolution ancienne, Melle S. est bien connue dans notre service. Elle est issue d'un milieu familial très perturbé ; parents d'origine étrangère, divorcés, chacun des conjoints refusant que Coralie voit l'autre.

Elle est hospitalisée une première fois en 1963.

Depuis, les hospitalisations se sont succédées, précédées le plus souvent par une tentative d'autolyse spectaculaire et authentique. Les troubles mentaux sont sous-tendus par un sentiment d'infériorité et extériorisés par des expériences délirantes et hallucinatoires sur fond catatonique.

Après échec de plusieurs traitements neuroleptiques successifs Coralie, en juillet 1969, est mise pour la première fois sous Moditen par voie orale (150 mg).

En janvier 70, la malade accepte avec enthousiasme la substitution de la forme Retard à la forme simple. Dès lors, 100 mg sont administrés toutes les deux semaines puis tous les mois ; ce traitement est d'emblée bien supporté ; la sortie peut être envisagée un mois plus tard assortie d'une réinsertion professionnelle.

Coralie vient régulièrement au dispensaire depuis cinq mois ; le contact est très bon, elle supporte facilement un travail relativement pénible, l'humeur s'est normalisée et les épisodes dépressifs jusqu'alors si fréquents chez cette malade ont disparus. Elle espère pouvoir reprendre prochainement son ancienne profession de monitrice d'enseignement ménager.

Nous pouvons conclure à un résultat très satisfaisant chez cette malade.

Observation n° 12 - G. Jocelyne, 32 ans.
célibataire, sans profession

Mademoiselle G. est hospitalisée une première fois au service en 1969 pour des troubles mentaux caractéristiques d'une épilepsie évoluant sur un fond de débilité.

Après contrôle E E G , le traitement anticomitial est équilibré.

Du Moditen per os (150 mg) y est associé en raison de troubles du comportement et de l'humeur.

Trois mois plus tard, la malade peut réintégrer son foyer. Des variations thymiques importantes (alternances d'épisodes dépressifs et d'exaltations) accompagnées de gros troubles du comportement et de crises classiques nécessitent une nouvelle hospitalisation en janvier 1970.

A l'entrée Jocelyne est ralentie, figée.

Le traitement prescrit antérieurement est poursuivi durant deux semaines puis le Moditen ordinaire est remplacé par du Moditen Retard (100 mg toutes les deux semaines).

Cette substitution entraîne une normalisation spectaculaire du comportement ; sédation des troubles caractériels, goût au travail et même pour la première fois intérêt pour l'entourage masculin !

Malgré la prise quotidienne d'un antiparkinsonien (Artane 15 mg) apparaissent des troubles secondaires à type de tremblements importants prédominants aux membres inférieurs ; ceux-ci sont rapidement jugulés par l'association Akinophyl Taumidrine.

Une sortie prochaine est envisagée, la malade n'ayant jamais été aussi bien stabilisée.

Observation n° 13 - J. Betty, 23 ans.
célibataire, sans profession.

Mademoiselle J. est une jeune fille intelligente et sensible dont les études d'infirmière sont interrompues en 1965 par une première hospitalisation au cours de laquelle le diagnostic de schizophrénie est porté.

Elle est réhospitalisée en 1968 et 1970 pour des accès de manie atypique ; le 24.7.70 elle entre en effet dans ce service présentant un état d'excitation psychomotrice avec logorrhée intarissable, fuite des idées, hypersyntonie et insomnie.

Pendant un mois, Betty reçoit sans résultat des doses massives de Largactil et d'Halopéridol par voie parentérale.

Est alors entrepris un traitement par Moditen Retard à doses d'emblée importantes (150 mg toutes les semaines) associé à du Séresta (300 mg par jour).

Le comportement s'améliore progressivement.

Malheureusement survient une surcharge pondérale (10 kgs en deux mois) mal venue sur le plan esthétique par cette jeune fille. Le Séresta peut être diminué à 150 mg par jour et le Moditen Retard à 150 mg toutes les deux semaines.

L'amélioration est telle qu'elle autorise des permissions familiales répétées, préparatoires à une réinsertion socio-professionnelle.

Observation n° 14 - F. Zohra, 28 ans
mariée, 4 enfants, sans profession.

Madame F. est une Algérienne vivant en France depuis 1964. Elle est hospitalisée à plusieurs reprises depuis 1966 pour des accès de manie atypique.

Elle fait en 1968 une tentative de strangulation sur les enfants de sa voisine conduisant à une mesure de placement d'office. Une association neuroleptique (Largac-til-Nozinan) amène une amélioration lentement progressive. Six mois après l'admission une permission s'avère possible.

Malgré un contrôle régulier de post-cure, elle rechute par arrêt intempestif du traitement à l'occasion du Ramadan et doit être rehospitalisée le 10.2.70. Des phases d'agitation et d'agressivité alternent avec des périodes d'indifférence et de somnolence. Du Moditen oral (250 mg) est alors institué, rapidement remplacé par la forme Retard (125 mg toutes les deux semaines).

La thymie apparaît normalement stabilisée.

La relation n'a jamais été meilleure. Le contact est non seulement accepté mais recherché.

Zohra sort le 14.8.70. Elle doit être revue au D H M régulièrement.

Observation n° 15 - P. Marguerite, 61 ans.

mariée, 5 enfants, sans profession

Madame P. entre pour la première fois le 20.2.70 pour un délire de persécution, ayant pris un caractère sub-aigü depuis quelques semaines ; avec , à l'admission :

- sentiment d'une hostilité concertée d'autrui,
- certitude que tout n'est qu'apparence et falsification,
- soupçon, méfiance et surveillance anxieuse.

Traitée pendant dix jours par Moditen injectable, puis per os, la malade reste fermée, distante vis-à-vis du groupe, interprétant les faits et gestes de ses compagnes.

Ce n'est qu'un mois plus tard, après majoration des doses (300 mg), que se dessine une amélioration objective par un émoussement du délire et une facilitation du contact.

Le 19.3.70 la forme Retard prend le relais (100 mg toutes les deux semaines). Une sortie s'avère possible le 4.4.70. L'amélioration se révèle malheureusement toute transitoire comme en témoignent les consultations de post cure qui voient une malade figée, quasi mutique, dont le fils décrit le complet apragmatisme en milieu familial.

Les deux contrôles ultérieurs montrent une aggravation progressive rebelle à un ajustement de la posologie et à l'adjonction d'Anafranil.

Le Moditen Retard est interrompu début Juin 70.

La discordance observée pour les mêmes doses thérapeutiques entre les résultats hospitaliers et ambulatoires, illustre, si besoin en est, l'importance de l'environnement dans la prescription médicamenteuse.

Observation n° 16 - R. Monique, 32 ans.

mariée, deux enfants, ouvrière.

Madame R. a été hospitalisée à de multiples reprises au service pour une psychose maniaco-dépressive.

Le dernier séjour avait été écourté : Monsieur R. (alcoolique, agressif) ayant demandé la sortie de sa femme, contre avis médical.

Une nouvelle rechute favorisée par le milieu familial pathogène, nécessite une huitième hospitalisation le 20.5.70. La malade présente un état maniaque typique ; agitation psychomotrice, logorrhée multiples démarches.

D'emblée, elle reçoit du Moditen Retard (75 mg) associé à du Séresta 50 (250 mg) et à du Largactil (100 mg)

La persistance des troubles nécessite une élévation progressive de la posologie du Moditen Retard (75 mg, puis 150 mg, puis 225 mg) à raison d'une injection tous les dix jours.

L'apparition de phénomènes secondaires : tremblements des extrémités, vertiges, impatience des membres inférieurs, nécessitent l'adjonction de Ponalide injectable.

Progressivement la thymie se normalise ; la malade peut sortir le 14.8.70 ; elle accepte de se rendre au D H M (100 mg de Moditen Retard toutes les trois semaines).

Nous n'avons pas assez de recul pour juger de l'efficacité à long terme du Moditen Retard, mais, durant l'hospitalisation ce traitement aura eu l'intérêt de réduire considérablement le nombre d'injections de neuroleptiques.

Observation n° 17 - D. Renée, 43 ans
mariée, 3 enfants, sans profession

Madame D. est bien connue du service où elle a été hospitalisée à plusieurs reprises pour psychose mania-co-dépressive sur fond de débilité mentale. Les accès semblent à chaque fois déclenchés par des conflits conjugaux. Madame D., en effet, a épousé un militaire de carrière dans le seul but de ne plus travailler. Monsieur D. s'est vite montré un homme brutal et grossier ; il a par ailleurs été déclassé sur le plan professionnel.

La vie familiale est remplie de heurts. L'état mental de Madame D. s'altère, des épisodes dépressifs graves alternent avec des phases d'agressivité avec crises clastiques. Diverses thérapeutiques (chimiothérapie, psychothérapie) ont été tentées lors de ses diverses hospitalisations. C'est en Octobre 1969 que le Moditen est entrepris pour la première fois, prescrit d'abord en gouttes puis, en janvier 70, sous la forme Retard. Substitution qui laisse Madame D. totalement indifférente et qui ne modifie que peu le tableau.

En avril 70 Madame D. est insérée dans un groupe d'insulinothérapie (chocs humides). Après une courte période d'amélioration survient un accès d'agitation anxieuse accompagnée d'hallucinations et de manifestations agressives, qui nécessite l'isolement de la malade.

A la fin de la cure, la posologie du Moditen Retard est augmentée (150 mg toutes les deux semaines).

Progressivement, le comportement de Madame D. se normalise, elle s'occupe à peu près régulièrement à l'atelier d'ergothérapie ; des permissions de quinze jours sont alors accordées dans l'intervalle des injections de Moditen.

L'expérience d'un espacement des injections de Moditen est un échec. Une sortie définitive est envisagée très prochainement ; la malade devra être revue de façon très régulière et rapprochée.

Observation n° 18 - V. Henriette, 50 ans.
mariée, sans enfant.

Madame V. est admise en urgence dans notre service le 4 avril 1970. Elle est adressée par un neuropsychiatre pour un délire à thème de persécution et de jalousie apparu brutalement.

Madame V. présente un état d'excitation intense; très opposante et anxieuse, "elle craint qu'on la tue". L'état général est déjà altéré. Madame V. est une femme d'un bon niveau intellectuel et, ayant un certain statut social, est exclusive dans ses relations. Ses difficultés d'adaptation sont exacerbées par les changements de résidence successifs dûs à la profession de son conjoint (chef de gare).

Dès l'entrée, Madame V. est traitée par une thérapeutique jumelée de Moditen et d'halopéridol.

La malade présente des moments de lucidité encore entrecoupés d'épisodes oniroïdes anxiogènes.

Tandis que la posologie d'Halopéridol est réduite, les doses de Moditen sont augmentées : en raison d'une chute tensionnelle, on y adjoint des vasopresseurs.

Dès la troisième semaine le délire s'estompe, la malade commence à avoir quelques activités ; à dater du 23 avril 70, le Moditen Retard (150 mg toutes les deux semaines) remplace les doses quotidiennes de Moditen ; la malade mène une activité régulière mais reste isolée et ne s'intègre pas au pavillon.

Le 23 mai, elle part en permission, permission qui est transformée en sortie le 5 juin 70, la malade paraissant bien stabilisée ; depuis cette date, elle est suivie en post-cure, la relation médecin malade est satisfaisante. Madame V. mène une vie active mais a peu de contact avec son entourage.

Observation n° 19 - M. Paulette, 51 ans
mariée, 9 enfants, sans profession.

Madame M. a eu une vie socio-familiale complexe: mère célibataire de trois enfants, elle s'est mariée à 29 ans avec un homme de 28 ans son aîné, ayant lui même 6 enfants d'un premier mariage.

Déprimée chronique, elle est traitée en 1947 au Centre Psychothérapique de Nancy par sismothérapie.

Quelques années plus tard, à la suite de difficultés conjugales, la malade sombre dans l'éthylisme et doit être rehospitalisée à plusieurs reprises au service. Elle s'y trouve encore actuellement depuis sa dernière admission en Avril 1967.

Elle présentait alors un syndrome délirant sur fond d'éthylisme névrotique.

Durant deux ans, elle reçoit du Moditen per os (500 mg). Malgré l'atténuation de la symptomatologie, l'hospitalisation de Madame M. doit être prolongée compte tenu de son isolement socioaffectif.

Au moment où débute notre travail, Madame M. fait partie des quelques malades qui sont déjà soumises au Moditen oral depuis de longue date et la substitution de la forme Retard à la forme ordinaire se fait sans heurts et particulièrement sans effets secondaires.

Depuis Janvier 70, la malade reçoit 225 mg toutes les deux semaines et paraît bien stabilisée.

L'amélioration sur le double plan pragmatique et relationnel apparaît de bonne qualité.

Observation n° 20 - D. Hélène, 46 ans.

vit maritalement, sans profession

Madame D. est hospitalisée pour la quatorzième fois au service le 13.1.70 pour une mélancolie délirante à forme récidivante entraînant un climat familial conflictuel. L'anxiété apparaît cette fois prévalente.

Le Moditen est substitué à l'association Largactil-Nozinan prescrit antérieurement.

La forme retard est d'emblée adoptée à la recherche d'une assiduité thérapeutique et d'un contrôle régulier de post-cure.

Hors quelques tremblements rapidement jugulés par l'adjonction du Disipal à l'Artane déjà prescrit, le médicament est fort bien toléré.

La malade est suivie depuis quatre mois au dispensaire d'Hygiène Mentale, la thymie semble normalisée et le contact est facilité.

Observation n° 21 - W. Christine, 45 ans
mariée, 6 enfants, cultivatrice.

Madame W. est connue de longue date au service ; elle a en effet séjourné à plusieurs reprises pour une psychose hallucinatoire chronique ; chaque rechute est provoquée par un arrêt intempestif de la thérapeutique de la part de la malade.

Elle entre le 15 mars 1970 pour la huitième fois : elle présente une exaltation de l'humeur et de l'affectivité ; elle extériorise des idées délirantes à thème de persécution, centrées sur son milieu familial au demeurant pathogène.

Dès l'admission, elle reçoit du Moditen par voie orale (150 mg) rapidement relayé par le Moditen Retard (100 mg toutes les deux semaines). Cette substitution rapide a surtout pour but de permettre un contrôle régulier en post-cure.

En quelques jours une amélioration manifeste est constatée. Madame W. se détend, s'épanouit au milieu de ses compagnes ; elle critique avec objectivité les idées délirantes qu'elle exprimait à l'entrée ; elle est satisfaite de la nouvelle forme du traitement qui lui permet de raccourcir son séjour et de reprendre rapidement une vie professionnelle active. Madame W. sort en effet le 6 juin.

Elle est suivie en post-cure depuis trois mois et paraît bien stabilisée.

Observation n° 22 - B. Eliane, 20 ans

mariée, sans enfant, sans profession

Madame B. est suivie pour des manifestations anxieuses depuis l'âge de 13 ans par un neuropsychiatre de la région.

Elle est hospitalisée en 1966 pour la première fois en milieu psychiatrique à Besançon où le diagnostic de schizophrénie est alors porté. La malade subit une cure de sommeil puis une insulinothérapie.

Eliane entre dans notre service le 8 janvier 70. La symptomatologie est alors celle d'un état maniaque atypique : hyperthymie, logorrhée, fuite des idées, propos délirants à thèmes multiples.

Malgré des doses massives de neuroleptiques, sédatifs et barbituriques, les troubles ne font que s'accroître. L'adjonction d'une sismothérapie n'entraîne qu'une sédation passagère.

La malade subit, quelques temps après, une cure d'insuline (chocs humides) mais un nouvel épisode d'agitation psychomotrice nous oblige à y associer une sismothérapie.

Un traitement par Moditen gouttes (500 mg) est institué et cette thérapie complexe entraîne une sédation progressive de la symptomatologie. A la fin de la cure d'insulinothérapie, le Moditen Retard remplace le Moditen goutte. Quoique encore hypomaniaque la malade sort le 5 avril. Eliane est revue toutes les 3 semaines au D H M . Elle y vient avec plaisir et accepte facilement le traitement dont la posologie peut être réduite (de 200 à 75 mg). Eliane a retrouvé le sommeil, elle signale que de discrets signes secondaires à type de légers tremblements généralisés persistent malgré l'association de plusieurs antiparkinsoniens. Sur le plan mental elle semble bien stabilisée. Fait curieux à noter cette stabilisation s'est effectuée en post cure.

Observation n° 23 - P. Marie-Thérèse, 43 ans
célibataire, sans enfant, employée de bureau.

Mademoiselle P. vit seule depuis le décès de sa mère survenu deux ans auparavant, décès qui l'a fortement traumatisée ; son père avait quitté le domicile conjugal il y a 25 ans.

Elle entre au service le 27.3.70, présentant un syndrome d'influence ; elle extériorise une expérience délirante à thèmes multiples centrée sur son chef de bureau, avec réactivité culpabilique.

Une chimiothérapie par Halopéridol et Moditen per os est entreprise ; les doses sont augmentées progressivement jusqu'à atteindre un plateau de 500 mg de Moditen et 150 mg d'Halopéridol.

Le délire s'atténue, laissant cependant persister un fond de méfiance et d'anxiété. Le 23.4.70 la forme Retard (150 mg tous les quinze jours) prend le relais.

Le traitement est réorienté dans le sens d'une substitution de l'Anafranil à l'Halopéridol.

Depuis sa sortie il y a trois mois, Mademoiselle P. est suivie en post-cure ; elle demeure anxieuse, pré-occupée, doutant d'elle même et d'autrui, quémendant sans trêve un arrêt de la thérapeutique. Cette observation objective un incontestable échec du traitement.

Observation n° 24 - D. Liliane, 32 ans

célibataire, sans enfant, sans profession.

Fille unique, Mademoiselle D. vit seule avec sa mère depuis le décès de son père, survenu il y a une vingtaine d'années. Son enfance a été très perturbée par de nombreuses maladies organiques (elle se trouve d'ailleurs actuellement en invalidité).

Mademoiselle D. entre au service le 14.3.70, transférée d'Epinal où elle était hospitalisée depuis huit jours pour tentative de suicide.

Elle se présente à l'entrée dans un état d'excitation de type maniaque, à teinte hystérisiforme, avec manèrisme, logorrhée et théâtralisme. Elle extériorise des idées délirantes, floues, mal systématisées, à thème érotomystique, qui semblaient évoluer depuis de longue date et sont entretenues par une relation mère fille pathologique.

La démarche suicidaire reste peu explicitée, trouble, floue.

Un traitement par Moditen per os, puis Retard, est institué (125 mg toutes les deux semaines) permettant la sédation du délire, avec toutefois la persistance d'une subexcitation psychique.

Après trois semaines d'hospitalisation, la malade peut sortir ; elle est suivie en post-cure depuis quatre mois. Elle ne signale aucun effet secondaire et semble actuellement sensiblement stabilisée.

Observation n° 25 - T. Yvonne, 53 ans
célibataire, sans enfant, sans profes-
sion.

Mademoiselle T. a été hospitalisée dans notre service à plusieurs reprises depuis 1953, pour une comitialité évoluant sur un fond de débilité mentale.

Lors de sa dernière entrée, en juillet 1969, elle présentait un délire paranoïde, accompagné de troubles de l'humeur et du caractère, ayant entraîné quelques difficultés d'adaptation familiale.

Un électro encéphalogramme est pratiqué, permettant un ajustement de la thérapeutique anticomitiale ; simultanément est institué un traitement par Moditen oral ; la forme Retard prend le relais en Janvier 1970. La normalisation de l'humeur et l'enkystement du délire autorisent une sortie d'essai de trois mois.

Revue en post-cure, Mademoiselle T. exprime sa satisfaction vis à vis du traitement, dont elle apprécie la simplicité et l'occasion qu'il lui donne de voir régulièrement l'équipe soignante. De discrètes manifestations secondaires à types de fins tremblements des extrémités sont rapidement jugulés par un ajustement de la posologie des correcteurs.

L'amélioration est telle, qu'elle autorise la transformation de la sortie d'essai en sortie définitive.

Observation n° 26 - A. Laurence, 46 ans
célibataire, épicière.

Mademoiselle A. vit en la seule compagnie d'un frère malade et d'une tante âgée. Ils tiennent ensemble un commerce d'épicerie-débit de boisson dans un petit village des Vosges.

Son hypomanie constitutionnelle lui confère une sorte de notoriété locale.

Elle entre pour la première fois dans notre service le 9.6.70. Elle présente toutes les caractéristiques d'un accès maniaque avec agitation (logorrhée, hypersyntonie, sentiment d'aisance et de plénitude) et est hostile à son hospitalisation. Un surcroît de travail semble avoir favorisé la survenue de l'accès.

Traitée dans un premier temps par du Moditen goutte associé à du Largactil ; dans un deuxième temps par du Moditen-Retard, l'accès regresse laissant persister le fond d'hypomanie constitutionnelle.

Une sortie d'essai est faite le premier Août.

Nous ne disposons pas d'un recul suffisant pour juger valablement des effets de la médication.

Observation n° 27 - B. Jeanne, 35 ans
mariée, 3 enfants, sans profession

Madame B. est hospitalisée pour la quatrième fois le 29.5.70. Schizophrène connue depuis 1962 au service, elle entre cette fois-ci dans un état d'excitation atypique symptomatique d'une nouvelle poussée évolutive.

Le tableau est à l'entrée dominé par une activité ludique intense accompagnée de propos incohérents et diffluent, de jeux de mots et de coq à l'âne, d'un manège de la mimique et de rires discordants. Il semble exister dans ce tableau un syndrome d'influence ; lors des précédentes hospitalisations, la symptomatologie était à peu près semblable.

La rechute actuelle semble avoir été précipitée par l'hospitalisation de Monsieur B. dans un service voisin.

Un traitement par Moditen injectable (40 mg par jour) est entrepris dès l'arrivée de la malade. Cinq jours plus tard, on lui substitue du Moditen Retard (100 mg) associé à de l'Artane et à du Disipal.

Après une période de très nette amélioration, peu de temps avant la sortie et coïncidant avec l'annonce de celle-ci, la symptomatologie semble s'aggraver de nouveau ; mais en raison de difficultés familiales, la malade sort prématurément le 27 juin 1970.

Observation n° 28 - B. Joséphine, 61 ans
célibataire, sans enfant

Hospitalisée en milieu psychiatrique depuis une trentaine d'années, Mademoiselle B. présente une schizophrénie à forme déficitaire avec : indifférence affective, apragmatisme, détachement du réel et discordance ; sur ce fond se greffent des réactivations délirantes à forme de négativisme (portant électivement sur l'alimentation).

En janvier 1970, le Moditen Retard est substitué au Moditen per os administré de longue date ; cependant cette substitution n'empêche pas la survenue d'une nouvelle recrudescence délirante le mois suivant ; la dose de Moditen est à cette occasion majorée (de 75 à 150 mg).

Après trois semaines d'alimentation artificielle, la malade reprend soudainement une alimentation normale ; la posologie est ramenée à 100 mg, et depuis cinq mois l'amélioration ne s'est pas démentie.

Le recul manque évidemment pour une appréciation plus rigoureuse de l'action du produit, compte-tenu de l'évolution.

Observation n° 29 - L. Yasmina, 15 ans
célibataire, écolière.

Cette jeune Nord Africaine est hospitalisée le 19 décembre 1969 pour un épisode d'agitation psychomotrice sous tendu par une psychose évolutive. Elle avait déjà été hospitalisée au début de l'année 1969 dans des circonstances semblables. Elle est logorrhéique hypersyntone, son attention est dispersée, sa mémoire exaltée. Elle exprime des idées délirantes floues.

Un traitement associant Largatrex et Majeptil n'apporte qu'une légère sédation de la symptomatologie. Yasmina reste opposante et facilement agressive avec son entourage ; le 16 janvier, le traitement est changé au profit du Neuleptil injectable, sans plus de succès d'ailleurs.

Le 27 janvier est prescrit du Moditen injectable à raison de 40 mg par jour ; celui-ci entraîne une modification spectaculaire du comportement, le contact est facilité, la malade se propose spontanément aux activités du pavillon.

Au bout de huit jours le Moditen simple est remplacé par du Moditen Retard (50 mg toutes les deux semaines). Yasmina présentant des épisodes dépressifs, la posologie est augmentée à 75 puis 100 mg toutes les deux semaines.

Apparemment bien stabilisée, Yasmina sort le 21 avril 1970. Elle se rend régulièrement au dispensaire, contente d'y retrouver une partie de l'équipe soignante ; elle poursuit régulièrement sa scolarité et semble s'être bien réadaptée à la vie familiale.

4 - L E V E C U

Introduction

Nous avons voulu retracer dans ce chapitre à travers le "vécu thérapeutique" ce qu'il en a été des réactions

- des soignés

(réactions et attitudes lors des premiers entretiens portant sur la simple perspective de traitement par neuroleptique retard ; réactions et attitudes après l'application effective de la thérapeutique)

- et des soignants.

Cette recherche, cette écoute, s'est effectuée au cours d'entretiens médecin-malades, au cours des réunions de pavillons, des réunions de soignés et de soignants (pavillons hospitaliers et dispensaire de post-cure) et, à travers ce qui s'est dit dans ces réunions, nous nous sommes réservé le droit de rechercher plus avant le sens caché, le "non sens", derrière le discours objectif.

I - Attitude primaire des soignés.

a) *Consentement car valorisation*

La majorité de nos malades, au cours soit de nos divers entretiens, soit de nos diverses réunions a accepté, sans réticence marquée, la perspective d'être traitée par un médicament retard. Cela n'a pas été la moindre de nos surprises. Comment en effet un tel assujettissement à la drogue a-t-il pu ne pas provoquer crainte, réticence ou angoisse ? Pourquoi telle malade atteinte d'une psychose hallucinatoire chronique à qui il était prescrit (jamais absorbée en fait) régulièrement de la fluphénazine orale lors des consultations de post-cure, accepte-t-elle avec soulagement un traitement par Moditen Retard ?

J.P. KLEIN dans sa thèse sur "le médicament en question" étudie les différentes raisons pour le malade d'accepter un médicament. Ce sera soit :

- reconnaître qu'il est malade.
- reconnaître qu'il a besoin du monde extérieur.
- accepter la réponse médicament des médecins dans le but de commencer le dialogue.
- assimiler sa maladie aux affections somatiques.
- tenter un moyen de chantage sur l'entourage.
- accepter une dépendance infantile au pouvoir du thérapeute.

Ici, avec la forme parentérale, il y a, sans aucun doute, la satisfaction d'assurer un désir de dépendance infantile au pouvoir des soignants, mais aussi une satisfaction devant la reconnaissance de la maladie, reconnaissance enfin certaine, enfin sûre.

Mais il faut aussi considérer (P.A. LAMBERT) "qu'il apparaît pour le malade que cette prescription, par exemple une injection unique tous les quinze jours, ne saurait avoir les répercussions graves qu'il est toujours enclin à imaginer dans son esprit ; c'est ainsi qu'il pense (et ceci se fonde sur une part de réalité) que les neuroleptiques par voie orale ou parentérale vont diminuer ses forces physiques pour travailler, ses forces morales (pour lutter contre les impressions de transformation de

la réalité qu'il a déjà ressenties et qu'il impute à des tierces personnes) ses forces sexuelles (ce qui est malheureusement fréquemment le cas avec tous les neuroleptiques). Avec l'oenanthate de fluphénazine, l'occasion pour le malade de se rappeler l'action qu'il considère comme néfaste du médicament est, en somme, réduite au minimum".

Avec cette forme retard, le médecin propose une nouvelle thérapeutique, une thérapeutique au long cours, une thérapeutique réservée à certains malades, malades faisant l'objet de plus d'attention (consciemment ou non) de la part de l'équipe soignante.

La maladie alors n'apparaît-elle pas authentique et originale ? Il y a là le problème d'une authentique gratification pour le malade grâce à cette voie d'administration, gratification qui est prolongée lors de la sortie par des consultations de post-cure régulières avec la même équipe soignante : être un vrai malade, avoir une maladie assimilée aux affections somatiques ; "ma maladie était dans mon corps et c'est dans mon corps que le médecin va introduire, pour des semaines, la drogue salvatrice".

Le malade se trouve promu au rang d'une individualité qu'on respecte, qu'on estime, puisqu'on ne la trompe plus.

Acceptation de la thérapeutique associée: anti-parkinsonienne ou analeptique.

Ces traitements, associés à l'oenanthate, sont généralement très bien acceptés constate P.A. LAMBERT, du fait qu'ils libèrent le malade des troubles qu'il ressentirait s'il ne prenait pas les médicaments complémentaires.

Tous les malades, plus ou moins rapidement, savent que lorsqu'ils ne prennent pas ces drogues, ils deviennent moins alertes, plus soudés et que même leur vie psychologique participe à ce ralentissement moteur.

b) Ambivalence de l'attitude.

Il serait naïf de voir dans ce consentement le simple "désir de guérir". Il est reconnu que le psychotique n'accepte pas vraiment sa maladie mais cherche plutôt

la déculpabilisation. Que penser de ce malade acceptant la forme retard de la fluphénazine dans le but de ne pas avoir à absorber son médicament face à son entourage ?

Est-ce alors une acceptation de la maladie, un refus de la maladie ou encore un désir de déculpabilisation ?

- Nous pourrions également citer le cas suivant qui s'est produit dans un de nos pavillons : un jeudi, trois malades traités jusqu'ici par la forme orale reçoivent, avec leur accord, la forme retard du produit. Le lendemain, un patient vient se plaindre de douleurs vagues au niveau de la hanche : (du côté où lui avait été faite l'injection). Le surlendemain, les deux autres malades viennent nous exprimer la même symptomatologie. Comme pour le premier, aucun hématome, aucune anomalie de la mobilité de la hanche n'est alors remarquée. Il semble qu'il y ait là une forme de refus d'un traitement que des malades, qui étaient traités par voie orale depuis de nombreuses années, ont ressenti comme une agression.

- En fait, une ambivalence de l'attitude se fait jour, face au traitement "nouveau et retard".

Cette ambivalence, cependant, ne saurait s'apprécier à un niveau purement individuel :

Or dans le contexte institutionnel, il est bien apparu que le malade était reconnu en tant que sujet malade et les soignants en tant que sujets désirant guérir.

Toutes ces reconnaissances passaient par la parole, mais comme la maladie restait au niveau d'un mythe, le malade, reçu en tant que sujet malade par le soignant, ne pouvait accéder au statut de sujet libre puisque sa maladie n'était pas reconnue ; d'où un mode de relation sado-masochiste entre soignant et soigné.

Parfois enfin, certains malades se prêtent mal à un tel traitement retard ; comme le fait remarquer BORNSTEIN dans son étude sur les incidences relationnelles par l'oénanthate de fluphénazine : "certains patients supportent mal de voir leurs problèmes thérapeutiques résolus ou abordés par le biais d'injections ; pour certains même,

c'est là l'occasion d'une recrudescence délirante avec émergence de multiples fantasmes d'agression... A ceux-là, les prises orales quotidiennes conviendront mieux que le traitement parentéral espacé. Parfois l'injection même unique peut être vécue comme un mode de relation sado-masochiste et constituer une contre indication".

II - ATTITUDE SECONDAIRE DES SOIGNES

Dans un second temps, c'est-à-dire après les premières injections de médicament retard et une fois le malade sorti, nous avons pu juger de l'attitude des malades, de leur "vécu thérapeutique" au cours des réunions de groupe organisées au dispensaire.

Un grand nombre de malades, dans la ligne de l'acceptation primaire ont continué à parfaitement supporter la thérapeutique (la ponctualité des rendez-vous au dispensaire de post-cure et la rareté des rechutes l'attestent) et à l'accepter sans aucune réticence, sans angoisse particulière.

Pour certains malades, par contre, il n'en a pas été ainsi. Et si le désir de suspendre toute thérapeutique n'a jamais été exprimé clairement, le refus nous a semblé se traduire par des signes d'intolérance de type asthénique ou extra-pyramidal ; signes d'intolérance qui, selon nous, ont eu des significations diverses bien mises en évidence au sein du groupe :

- Non acceptation de la maladie.
- Peur de la folie.
- Peur de s'identifier aux autres malades.
- Refus de la dépendance vis-à-vis du soignant.
- Désir de non guérison par crainte de troubler un équilibre fragile.
- Une contestation du psychiatre et de sa réponse (transfert négatif)
- Désir d'un contact plus profond et plus authentique.

Progressivement cependant, et pour des raisons

qui nous échappent en partie mais qui sont liées aux structures des groupes, les signes d'intolérance ont disparu et les réticences (en même temps que l'atmosphère des réunions devenait plus détendue et optimiste) se sont progressivement atténuées pour disparaître en grande partie à leur tour.

III - ATTITUDE DES SOIGNANTS.

Dans notre démarche visant à traiter des psychotiques par Moditen Retard, nous avons pu noter chez les soignants plusieurs formes d'attitude. Tout d'abord une méfiance :

- méfiance vis-à-vis d'un produit dont tout était nouveau ; il fallait changer ses habitudes, exercer une surveillance accrue pour un tel traitement, ne pas commettre une erreur de posologie, respecter le rythme des injections, etc... (surtout dans un service à personnel féminin où les roulements, les congés de maternité, les mises en disponibilité sont fréquents et peuvent effectivement poser des problèmes). Tout cela est source de nouvelles craintes et d'angoisse.

- méfiance aussi pour un produit qui est prescrit dans une large gamme d'indications (toutes les psychoses chroniques).

"Encore un 'nouveau neuroleptique" diront ces infirmiers qui ont une ou deux décades d'hôpital psychiatrique derrière eux.

Les autres formes d'attitudes qui suivirent furent liées, le plus souvent, aux problèmes de prestige. Un certain nombre de soignants se sont trouvés frustrés : ils avaient le sentiment d'intervenir trop peu dans le contexte thérapeutique. Leur tâche quotidienne était réduite. Ils n'étaient plus tenus de surveiller la prise des médicaments. Ils venaient aux réunions de groupe et ils n'avaient qu'à y parler, ce qui leur paraissait peu.

Les autres semblaient, par contre, enthousiastes. Le médicament était "moderne", il rendait d'abord des malades plus faciles. "On pouvait se consacrer à la psycho-

thérapie" "les malades paraissaient plus sociables et puis on leur parlait,..." et puis aussi "...on était quelqu'un ...on était de vrais soignants, de vrais thérapeutes..."

A ce propos, Guy LEFORT, dans sa thèse sur "le parallélisme entre l'évolution des traitements intra et extra-hospitaliers", souligne qu'un tel traitement libère l'infirmier de son rôle anonyme. Ayant perdu ses caractères de soignant, estompés dans l'uniformité d'une routine, il revêt une fonction plus directe, masculinisée grâce à l'outil, l'aiguille et la seringue. Mais sans pour cela en abuser : conscient de sa puissance, puisqu'à effet prolongé, il peut alors se rendre plus pleinement disponible à une relation psychothérapique moins ambiguë. Il emploie alors pour l'équipe soignante infirmière l'expression d'une virilité nouvelle bien assumée.

Tandis que les soignants trop "frustrés" voulaient fonder la confiance du malade sur une identification avec l'autorité, les soignants trop "valorisés" voulaient fonder cette confiance sur une identification avec le semblable, dans un rapport d'égal à égal soignant-soigné.

Dans les deux cas, nous avons interprété le désir inavoué du soignant comme une recherche du prestige : prestige paternaliste d'un côté, prestige fraternel de l'autre.

5 - RESULTS

Bien qu'un nombre considérable de variantes intervienne dans l'appréciation de la qualité d'un produit, surtout lorsque celui-ci est un neuroleptique (la deuxième partie de notre étude s'efforcera de le démontrer) et bien que cette expérimentation intervienne après de multiples publications, nous nous sommes efforcé de dégager les principaux points que nous avons pu retirer de notre étude :

- l'oenanthate de fluphénazine peut être qualifié de neuroleptique incisif à effet retard.

- son activité neuroleptique semble assez constante dans l'intervalle séparant 2 injections pour un individu donné (intervalle pouvant être évalué entre 15 à 20 jours).

- son action psychotique est nette.

- son action est non seulement efficace dans les cas chroniques mais également dans les cas aigus (l'utilisation de l'oenanthate est possible chez des malades n'ayant reçu que très peu de neuroleptique).

- A doses nettement inférieures à celles de la fluphénazine, la forme retard nous paraît plus efficace avec des effets secondaires équivalents.

- Il permet une meilleure possibilité d'action psychothérapique en réduisant l'apragmatisme.

- La prise quotidienne de correcteurs est indispensable, auquel cas la tolérance de l'oenanthate de fluphénazine est excellente. (toutefois pour certains malades "récalcitrants", refusant tout traitement par voie

orale, l'apport d'un correcteur Retard serait très souhaitable).

- En secteur extra hospitalier, il est indispensable d'avertir les malades, ainsi que leur entourage des caractéristiques du produit qu'on leur injecte. Une entente avec le médecin traitant semble également souhaitable.

Pour apprécier les résultats généraux, c'est-à-dire sur l'ensemble des 29 cas, nous nous référons à plusieurs critères. Les plus importants sont l'amélioration symptomatique et la réintégration sociale.

Nous avons obtenu :

- 20 bons ou très bons résultats.
- 3 résultats moyens.
- 6 résultats médiocres ou nuls.

Tolérance du produit.

- La tolérance locale ; elle a toujours été parfaite et ne nous a posé aucun problème.

- Les troubles secondaires :

1) Tous les troubles secondaires à type d'asthénie ou de syndrome extra-pyramidal peuvent être arrêtés ou tout au moins très atténués, grâce à une adaptation des correcteurs et de leur posologie (des variations individuelles nécessitent parfois des tâtonnements).

Un neuroleptique retard prochainement commercialisé ; le Décanoate résoudrait en grande partie le problème de ces effets secondaires neurologiques ; en effet, ce dernier neuroleptique, de par sa tolérance, serait beaucoup plus proche des neuroleptiques sédatifs que des neuroleptiques incisifs, sans pour cela entraîner une modification des effets thérapeutiques.

2) Les troubles visuels (troubles de l'accommodation) ont parfois posé des problèmes de réintégration professionnelle en post-cure.

L'adjonction de collyre (type Mintacol) et le remplacement de correcteurs atropiniques par l'Akinophyl (correcteur considéré comme le moins atropinique) n'ont pas toujours réussi à supprimer ces troubles ; et sans arrêter le traitement, il fallut souvent réduire la posologie de l'oenanthate.

3) Syndromes dépressifs.

Ce sont surtout des manifestations sédatives et

anxieuses qui sont apparues au décours des premières injections ; manifestations rapidement atténuées en milieu hospitalier par une psychothérapie associée à une éventuelle modification des doses thérapeutiques.

4) Quelques constatations :

- Grossesse : aucun incident n'a été constaté chez des femmes gestantes. (2 cas dans le service).

- Indication chirurgicale : une intervention pratiquée d'urgence chez un malade en cours de traitement par moditen retard se déroula sans incident.

- L'association Moditen Retard-sismothérapie fut très bien supportée dans les cas où cette association s'avéra nécessaire.

- Conduite automobile : ce problème s'est posé pour plusieurs malades venant se faire faire leur injection au dispensaire ; l'expérience de la psychiatrie de secteur en France ayant montré qu'aucun accident n'avait été constaté après une observation de plusieurs années, l'autorisation de conduire fut donnée à nos patients sans que nous ayons eu à le regretter par la suite.

Répercussion des Neuroleptiques Retard sur l'appareil de soin.

Certains éléments seront empruntés au rapport du Docteur RAINAUT sur les Neuroleptiques Retard.

1) AVANTAGES

- Certitude que le produit est administré à la posologie proposée tant en milieu hospitalier qu'en milieu extra hospitalier : Intérêt primordial dans la prévention des rechutes.

- Accessibilité plus grande aux psychothérapies.

2) INCOVENIENTS.

- fausse sécurité éventuelle :

Les neuroleptiques Retard devraient demeurer des produits maniés par des spécialistes. Ce problème devrait pouvoir se résoudre avec

- . le développement des équipes de secteur,
- . la réalisation de foyers protégés au long cours : il faut penser d'une part au patient qui ne recouvrera pas rapidement une autonomie sociale totale, et d'autre part à ceux qui demeurent des isolés sociaux.

- Opposition sur le plan éthique.

Certains auteurs ont comparé les Neuroleptiques Retard à une camisole chimique.

En augmentant la dépendance du malade vis-à-vis du médecin la thérapeutique retard ne risque-t-elle pas

d'infantiliser définitivement le patient ?

Pour conclure cette première partie, nous ne pouvons que nous associer aux différents auteurs qui ont reconnu dans les Neuroleptiques Retard, une amélioration étonnante des possibilités de communication entre le patient et son environnement. Cet avantage à lui seul justifie l'énorme développement actuel que connaît cette nouvelle forme de traitement.

II ème P A R T I E

P H A R M A C O D Y N A M I E

E P I S T E M O L O G I E

I - I N T R O D U C T I O N

La première partie de notre étude a été une recherche psychopharmacologique classique.

Comme dans toute expérimentation, nous avons :

- 1) décrit les caractéristiques du médicament,
- 2) analysé ses retentissements biologiques,
- 3) recherché son efficacité : analyse clinique.

Cependant, désirant tenir compte du "contexte", nous avons analysé le cadre, l'institution, la démarche psychothérapique institutionnelle, telle que nous nous efforcions de l'instaurer dans le service.

Cette institution, (portes ouvertes, lutte contre la hiérarchie, écoute de l'autre, essai de respect de la liberté d'autrui etc...) pourrait être qualifiée de moderne, s'inscrire dans la visée de la psychiatrie actuelle et notre conclusion pourrait être que le Moditen Retard nous est apparu comme un médicament efficace, "resocialisant", apportant de nouveaux éléments dans "l'arsenal thérapeutique" mis à la disposition du psychiatre.

Nous pourrions alors arrêter là notre étude, conscients d'avoir été méthodiques, conscients d'avoir gardé dans notre travail un arrière plan socio-psychologique (dont toute étude biologique ne devrait s'abstraire). Ainsi dans les "effets thérapeutiques", nous avons envisagé la réadaptation sociale du malade (pour juger le plus objectivement possible ces effets) et, nous avons essayé

d'analyser, brièvement il est vrai, le vécu institutionnel, le vécu du groupe, le vécu individuel.

Toutefois, en rester là, nous apparut difficile, pour ne pas dire impensable. Nous avions le sentiment de devoir aller plus loin car au terme de la première partie de notre étude, de nouveaux problèmes apparurent, nous incitant à remettre en question :

- la valeur de nos résultats,
- le sens de notre démarche thérapeutique,
- la portée de notre expérimentation et des expérimentations en général.

Questions que nous essaierons d'exposer dans une deuxième partie où nous nous détacherons des problèmes spécifiquement propres aux neuroleptiques retard pour nous permettre quelques réflexions sur les psychotropes (et plus particulièrement les neuroleptiques) vus au travers de l'institution.

Nous aborderons successivement :

- le médicament et l'énorme valeur symbolique qu'il représente à l'hôpital psychiatrique.
- les expérimentations.
- et enfin comment ne pas parler de l'institution et de son évolution actuelle vers une psychothérapie institutionnelle déjà en conflit avec "l'antipsychiatrie".

2 - L E M E D I C A M E N T

- La thérapeutique médicamenteuse est l'objet de réunions, de colloques et de séminaires de plus en plus fréquents depuis 1952 date à laquelle s'est ouverte l'ère des psychotropes.

Ces "tables rondes" regroupent des psychiatres, des pharmacologistes, des biologistes qui font le point sur un médicament donné ou sur une indication thérapeutique.

De profondes divergences éclatent alors, non seulement entre psychiatres et pharmacologistes mais aussi entre psychiatres.

. D'un côté se trouvent les organicistes à qui l'efficacité des drogues modernes a apporté un argument de poids à leur conception de la médecine ;

. De l'autre, les psychogénéticiens pour qui les progrès de la psychiatrie sont avant tout liés aux progrès de la compréhension psychologique des maladies mentales ; le médicament n'est alors conçu que comme un adjuvant de la psychothérapie. Cette opposition entre tenants et adversaires de la thérapeutique médicamenteuse peut sembler curieuse aux yeux du profane, puisque tous s'accordent à reconnaître, d'une part, l'efficacité des psychotropes prouvée par les expertises, d'autre part, la transformation des asiles classiques qui paraît réelle depuis l'avènement de cette pharmacopée.

- Cependant, pour tenter d'expliquer cette opposition, prenons le cas d'un "psychiatre en formation".

Très rapidement, des fonctions hospitalières lui incombent et la thérapeutique médicamenteuse est un des premiers éléments avec lequel il se trouve confronté.

Durant ses études médicales, il a eu vis-à-vis de toute thérapeutique une conception organiciste : a telle maladie correspond tel traitement et l'action de l'un sur l'autre peut le plus souvent être expliquée de façon scientifique.

En milieu psychiatrique, quels sont alors ses réactions, ses problèmes ?

- Il s'aperçoit d'abord qu'un temps d'apprentissage relativement court est nécessaire pour traiter un malade mental du point de vue médicamenteux.

- D'autre part, quel n'est pas son étonnement, ensuite, devant la multiplicité des psychotropes, psychotropes de toutes natures : neuroleptiques, anxiolytiques, antidépresseurs etc... produits dont les points d'impact dans l'organisme sont différents et dont pourtant les indications se recourent.

- Le même étonnement est éprouvé devant les classifications proposées pour les neuroleptiques qui souvent ne correspondent pas à la réalité : un médicament neuroleptique selon la posologie peut se trouver tour à tour incisif, sédatif, ou les deux à la fois.

- Il éprouve également l'impression que les doses de neuroleptiques prescrites (inconsciemment peut-être, mais prescrites tout de même) sont proportionnelles aux caractères anti-sociaux des malades mentaux.

Enfin, il est doublement surpris devant les ordonnances psychiatriques telles qu'elles sont pratiquées de nos jours. (Comme le dit Racine, "le malade se trouve disloqué en autant de segments qu'il y a de symptômes et chacun de ces objets partiels est combattu isolément par un produit chimique électif").

- Surpris également devant les bons résultats des expérimentateurs lors de l'étude d'une nouvelle drogue ;

80 à 90 % de succès est un chiffre fréquemment annoncé. Comment se fait-il alors que les hopitaux psychiatriques soient surchargés de malades ?

Comment expliquer l'apparition fréquente, quelques mois après la commercialisation d'un produit, du dosage fort d'un médicament auparavant efficace à dose moindre !

Que penser devant l'avis de ces visiteurs médicaux qui vous expliquent sous le sceau du secret, les aberrations médicamenteuses pratiquées dans tel ou tel service hospitalier et qui s'avèrent efficaces !

Dans toutes les réunions ou colloques traitant de ce sujet, chaque thérapeute raconte sa propre expérience découlant de plusieurs années de pratique, arrivant à certains schémas thérapeutiques: schémas thérapeutiques très différents les uns des autres selon leurs auteurs.

Comment ne pas éprouver un malaise ?

Dans un second temps, "le psychiatre en formation" devant tant de contradictions en vient à se poser la question de l'utilité des neuroleptiques. La réponse traditionnelle de l'équipe soignante "guérir ou améliorer le malade" peut être discutée.

En effet, avant d'aborder le problème de l'utilité des neuroleptiques, il serait intéressant de voir les réactions des soignés et des soignants selon l'efficacité des neuroleptiques ; (car, toujours traditionnellement, l'amélioration du malade mental ne doit-elle pas être subordonnée à l'efficacité du neuroleptique ?).

I - Si le neuroleptique est efficace

a) Réaction du soignant.

La disparition des symptômes est alors pour le soignant l'apport de profondes gratifications : plaisir de puissance, plaisir du pouvoir, plaisir du savoir.

b) Réaction du soigné.

Le soigné lui, n'abandonnera pas sa folie, mais les manifestations anti-sociales de celle-ci ; il n'est pas demandé au malade d'exister pour lui mais de permettre à autrui d'exister, c'est-à-dire ne pas troubler l'ordre établi : c'est alors le maillon supplémentaire d'une chaîne aliénante qui étouffe le sujet et qui pourra alors faire comparer le médicament à une camisole chimique. Le Neuroleptique en étouffant toute velléité d'autonomie a permis une meilleure intégration du malade dans la société.

L'un des meilleurs exemples se trouve dans le langage quotidien de la psychiatrie traditionnelle : on dit que le malade sous l'influence des neuroleptiques "se fige", "est ralenti" mais devient "plus sociable", "mieux intégré".

II - Si le neuroleptique n'est pas efficace

a) Réaction du soignant.

L'inefficacité ou même l'efficacité moyenne d'un neuroleptique (fréquente chez les psychotiques chroniques) entraîne chez le soignant une dégradation de ses désirs non satisfaits : d'où le passage de l'anxiété et du sentiment de culpabilité à l'agressivité, agressivité se transformant le plus souvent en un surcroît de prescription médicamenteuse ; en effet, le soignant ressent cette non efficacité comme un échec personnel et le surcroît de posologie est alors utilisé au nom de l'ordre et de la guérison pour soigner l'angoisse du soignant car le malade est toujours présent avec ses symptômes et véhiculant de ce fait une "angoisse de mort".

b) Réaction du soigné.

Pour le soigné, ce surcroît de chimiothérapie, ces soins médicamenteux seront assimilés à des mesures coercitives (ce qui est d'ailleurs le cas lorsqu'il s'agit de maintenir "l'ordre soignant" en maintenant "le désordre mental au repos"). "C'est pourquoi les rechutes à la sortie sont si nombreuses, faute pour le médecin d'avoir su (ou voulu) mettre en question pour l'en déloger, la place occupée par le sujet dans son symptôme". (M. Mannoni)

Tous ces éléments font apparaître le peu de "liberté" du malade ; chaque fois que le malade veut introduire son désir dans cette inter relation : malade - médecin - infirmier, il est rejeté de son désir et de son être puisque la seule réponse qui lui est donnée est celle d'une prescription médicamenteuse.

Parfois le malade réclame lui-même la piqûre, les comprimés ou les gouttes car dans son désir de

dépendance, il est aliéné à une image idéalement belle : la guérison.

Il en ressort une confusion entre le besoin, la demande et le désir, confusion montrant la difficulté pour un soignant de "tester un neuroleptique".

3 - L ' EXPERIMENTATION

Depuis quelques années, une multitude de "psychotropes" apparaît sur le marché : neuroleptiques, antidépresseurs, anxiolytiques, ... Il est impossible, même pour le spécialiste, de les connaître tous, c'est-à-dire de les essayer, de les comparer à d'autres drogues de la même classe pharmacologique ou même de les comparer à des placebos, et de se faire une idée personnelle.

Le spécialiste est donc appelé à s'en référer aux expérimentations, voire à la publicité. Or le problème de l'expérimentation en psychiatrie n'est pas simple. C'est pourquoi, il conviendrait d'étudier l'intérêt du travail effectué dans la première partie.

- Sur le plan de la psychopharmacologie expérimentale, nous pensons qu'il "se tient" :

- . 1) Un malade se présentant au service avec divers symptômes (idées délirantes, agressivité etc...) reçoit un médicament (Moditen Retard).
- . 2) Les symptômes sont-ils identiques, absents ou réduits après la thérapeutique ?

S'ils sont, absents ou réduits, on peut conclure à l'influence causale du médicament dans la mesure où on tient compte, ce que nous avons fait, de la situation expérimentale et des sujets engagés dans cette situation.

- Notre travail est déjà plus discutable sur le plan de la psychologie expérimentale, ce qui signifie que

nos conclusions inhérentes à la seule psychopharmacologie expérimentale peuvent être contestées. En effet, nous venons de signaler l'importance de la situation expérimentale et des sujets engagés dans cette situation. Et comme nous avons montré que toute analyse subjective est discutable, les conclusions à visées psycho-biologiques sont elles-mêmes discutables.

Un produit psychotrope avant son lancement sur le marché doit passer obligatoirement par la classique expérimentation animale. Et selon les expérimentateurs, la transposition à l'homme se fait tout naturellement. Dans ce contexte les distinctions entre besoin, demande et désir se trouvent à nouveau annihilées, car en fait, seul le besoin peut être étudié expérimentalement ; toute demande et tout désir sont eux, essentiellement humains ; le besoin, dans son expression, est même toujours infiltré de désir et de demande.

- Ce qui devrait être posé, c'est le sens de cette expérimentation : chaque thérapeute devrait pouvoir être interrogé et situé afin que l'on puisse en toute connaissance de cause juger de ses conclusions. Il devrait préciser notamment son avis sur :

- la clinique,
- l'étiologie des maladies mentales,
- les institutions et communautés thérapeutiques,
- sa tolérance vis-à-vis du psychotique,
- sa conception de l'humanité et de la société,
- sa personnalité propre, ses habitudes et "tics".

Cette possibilité bien que difficilement envisageable (qui en effet, accepterait de se devêtir ainsi)? serait pourtant d'un grand intérêt puisque toutes ces affirmations permettraient de préciser le "pourquoi" de l'expérimentation.

De même parler de l'efficacité d'un Neuroleptique (ici le Moditen Retard) suppose que l'on s'appuie sur certaines affirmations.

- la maladie mentale est une maladie "médicale"
- la maladie mentale se situe dans le sujet qui se trouve en être le porteur.
- Le désordre mental n'a pas à être recherché ailleurs que dans le sujet.
- la folie du fou renvoie au désordre du fou et non à l'ordre qui entoure le fou.
- la folie n'est pas "permise" - le soignant doit soigner.
- le médicament n'est pas une réponse du médecin au symptôme.
- l'expérimentation des psychotropes est scientifique, objective, rationnelle.
- le soigné apprend et comprend la logique du soignant et s'y conforme.

Il serait tout de même injuste de clore ces quelques impressions sans citer les progrès réalisés par les méthodes d'études utilisant "le double aveugle" (double blind) dans les expérimentations : ces études réussissant à intégrer certains éléments subjectifs.

On pourrait certes regretter que ces méthodes ne soient pas obligatoires lors de la sortie d'un nouveau médicament, mais, de toute façon, on pourrait conclure avec cette phrase de P.H. SIMON extraite de "question aux savants".

"Terrible danger, dit-il, de laisser écraser la conscience personnelle entre un objectivisme de laboratoire... et un subjectivisme de psychanalyste".

4 - INSTITUTION, PSYCHIATRIE, ET ANTI PSYCHIATRIE.

Nous ne pouvons aborder les médicaments, les expérimentations, sans aussi aborder l'institution dans laquelle tout évolue.

L'institution constitue le cadre de notre expérimentation et de toute expérimentation. Nous avons montré brièvement les interactions du cadre, du malade et de la thérapeutique. Nous avons obtenu une certaine vérité qui nous a permis de situer dans une certaine mesure la part qui revenait au Moditen Retard (en tant qu'agent chimiothérapique) dans les effets thérapeutiques.

Mais cette certitude est-elle réelle ?

En effet, comme l'écrit G. JOSSE (colloques de psychiatrie 69-70) :

"... L'un des paradoxes de la vérité de l'institution, c'est qu'elle nous paraît à la fois absente et présente... La psychothérapie institutionnelle, c'est la certitude d'un "ça parle". Ça parle en effet bougrement dans l'institution mais ce n'est qu'à moitié explicite car cela renvoie à toute une trame de motivation, la trame renvoyant elle même aux tissus que l'institution tisse. Au delà des formes, il y a des règles fondamentales et l'on se condamne à l'impuissance quant à la découverte de la vérité institutionnelle si, derrière les causes immédiates, ne sont pas recherchées ces règles fondamentales... Ce qui est mis à jour dans l'institution, c'est l'articulation du

symbole, de l'imaginaire, du réel, sans que l'on puisse dire que la vérité réside dans l'un de ces pôles de la trilogie, mais en étant certain que la vérité "se promène" entre ces trois instances... Cela signifie que la vérité institutionnelle n'est pas totalement opaque car, comme nous l'avons dit ça parle dans l'institution, mais ça parle comme un rébus. Cela signifie également que la vérité de l'institution doit être confrontée avec le savoir sur l'institution, ou encore comme l'écrit Lacan (conférences 1969) "qu'il y a vérité en quoi le savoir défaille en tant que savoir""

Mais si la vérité de l'institution est si peu claire il en résulte que les résultats de notre expérimentation ne sont pas eux mêmes aussi clairs qu'ils le semblent.

I - Psychothérapie Institutionnelle et Anti Psychiatrie.

Certains auteurs sont allés plus loin.

- Cooper "Psychiatrie et Anti Psychiatrie"
- Oury "Recherche"
- Basaglia "Institution en négation"
- Martin "Aventure en Psychiatrie"
- Fedida "Revue Critique " 1968.
- Mannoni "Le psychiatre, son fou et la Psychanalyse".

Dans un premier temps ces auteurs, se sont demandés si l'institution n'était pas l'artisan de la psychose. Ils emploient le terme "d'irrationalité institutionnelle" "Aujourd'hui, s'exprime Cooper, devant le cas de ceux qu'on a classé fou, la société commence à éprouver un sentiment de culpabilité. Cette culpabilité se manifeste par les effets contradictoires qui sont déployés : d'un côté pour améliorer le statut des malades mentaux en les élevant au niveau de simples malades et en instaurant une plus grande tolérance dans les institutions psychiatriques.

De l'autre côté pour les maintenir dans leur rôle de fous par tout un système pseudo médical d'identification et de confirmation que complète une foule de difficultés obscures,

opposées aux patients dans le processus de réhabilitation. Dans le cadre de cette mystique quasi médicale, les explosions périodiques d'activité thérapeutique frénétique, dirigée par certains psychiatres contre leurs patients schizophrènes, ne peuvent guère avoir d'effets, sinon de perpétuer l'irrationalité du système".

- Cooper reproche également à la structure de l'hôpital psychiatrique de reproduire la structure des familles de psychotiques: les soignants jouent le rôle des parents.

De même, les réactions violentes des malades résultent de la contrainte dont ils sont victimes : tranquillisants, horaires, travail etc...

Ainsi donc, nous en arriverions au paradoxe qu'une institution vise par l'intermédiaire d'un agent pharmacologique, à guérir des troubles dont elle est pour une part l'auteur.

Nous touchons là à l'antipsychiatrie, antipsychiatrie qui se caractérise par un certain nombre de refus: refus d'étiqueter le patient sans tenir compte du réseau relationnel qui fut le sien avant sa "maladie"; refus de répondre à sa violence par une violence institutionnalisée, le psychiatre prenant trop souvent le relais des forces sociales répressives. C'est pourquoi l'antipsychiatrie rejette toute idée de réforme institutionnelle.

Mais la critique est facile et LASSERAND exprime ainsi son pessimisme.

"Comme antithèse de l'asile, toute réforme de l'hôpital psychiatrique n'est jamais qu'une négation : partielle, elle s'acharne à modifier l'aspect du local ; totale, dans son principe elle frise le non sens sans effacer les limites fonctionnelles de l'institution".

En conclusion, on pourrait donc dire que des changements sont possibles à l'hôpital psychiatrique, mais qu'au delà d'un certain seuil, tout l'édifice se renverserait.

II - Ambiguïté de l'institution

L'institution même en l'acceptant telle qu'elle est, peut paraître ambiguë :

"Il nous faut prendre conscience, dit MANNONI, (le Psychiatre, son fou et la psychanalyse) que la société a toujours proposé aux malades des modèles de la folie, auxquels ils peuvent s'identifier pour la satisfaire, et que tout cela fait partie des institutions par lesquelles elle se protège contre son inconscient... Nous trouvons dans la situation asilaire comme dans la situation coloniale la nostalgie d'une vie, d'un monde sans homme, comme si l'homme cherchait là quelque rêve perdu de son enfance. Le monde d'aujourd'hui admet mal les "rêveurs" et "artistes" improductifs. Ils n'ont d'autre choix que celui de l'asile, unique lieu où la folie soit permise, permise au sein de structures qui la figent, la folie s'y métamorphose en monument pour psychiatre.

L'aliénation du malade se trouve ainsi redoublée par les effets de l'institutionnalisation de la "maladie", dans un cadre déterminé, cadre qui ne laisse que très peu de jeu à l'expression dynamique des conflits ... la folie, mise à l'abri d'un monde qui n'en veut plus doit pour s'adapter au cadre qui lui est fait se taire, ou s'exprimer à l'intérieur de rites conventionnels... Il n'est pas toujours commode, de faire la part contre un système social aliénant et ce qui, dans cette aliénation, est recherché par l'individu comme protection contre l'angoisse".

Et plus loin, "Ambiguë également la place du psychiatre : il est au service d'un patient dont il a à défendre les droits mais il se trouve également placé en position d'auxiliaire de la police dans un processus d'internement qui est aussi un processus d'obligations de soins" (M. Mannoni)

D'ailleurs à travers le médicament, l'institution (dispensaire, groupe pavillonnaire) que propose-t-on au malade ? Quelle image lui est soumise ?

Une seule : celle de "l'équilibre" de la raison, de la non folie, dont l'institution et ses soignants supposent être les dépositaires.

Si le malade guérit, (c'est-à-dire s'il accepte l'image proposée par l'institution) c'est le triomphe du narcissisme des soignants.

L'institution est donc ambiguë et comme elle forme un des éléments constitutifs de l'ensemble et comme toute démarche psychothérapique institutionnelle est un tout, notre appréciation des effets thérapeutiques du Moditen Retard n'est pas aussi rationnelle que cela.

Ambiguë, l'institution l'est sur bien d'autres points :

I - L'institution et la norme

Le rôle du soignant est de guérir, mais guérir qui ?

Le soignant sent la nécessité d'établir une frontière entre le normal et l'anormal, d'apprécier une guérison selon des critères normatifs. Le soignant devient alors le détenteur tout puissant de la norme, mais quel droit lui donne-t-il ce privilège ?

Car la norme ne peut être définie et n'a aucun statut scientifique. Quelle valeur peut alors conférer à une expérimentation d'un neuroleptique se référant par définition à une norme ?

Dans l'institution, le danger réside également dans le fait d'établir une confusion entre les termes suivants :

- anormalité et pathologie,
- guérison et assimilation à la norme,
- chimiothérapie et guérison,
- déviance et psychiatrie,

(dans ce dernier cas, pourquoi ne pas prescrire de neuroleptiques à ces autres déviants que sont les criminels, les drogués, les prostituées, voire les hippies ?).

Comme l'écrit M. Mannoni dans "le psychiatre, son fou, et la psychanalyse" :

"Dans la situation qui lui est faite, le soignant est entraîné à objectiver ce qu'il entend et ce qu'il voit dans des rapports étiquetés scientifiques. Il juge et jauge, ce qui dans le comportement de son semblable s'écarte d'une norme... dans l'écoute qu'il croit avoir de la folie, il est ainsi directement dépendant du système d'internement... la façon dont il s'introduit dans le monde persécuté et halluciné du patient, est donnée comme un moment capital. C'est là que le fou va recevoir des autres un statut, sans que nous ayons pour autant de connaissance de la nature cachée de la folie. Le danger est que le sujet s'efface complètement derrière l'uniforme asilaire, ne devenant plus pour l'autre, que pur costume de "fou"..."

II - *L'institution et "l'étiquette" nosographique du malade*

Tout malade arrivant à l'hôpital psychiatrique est catalogué, porteur de la maladie X, Y ou Z.

- les formalités administratives imposent de donner une étiquette au malade ;
- les statistiques de chaque service décomposent les "entrées de l'année" en les répartissant dans des classes nosographiques ;
- les indications des neuroleptiques s'adressent à des maladies et à des symptômes :
 - . tel neuroleptique est indiqué dans la schizophrénie
 - . tel neuroleptique est indiqué dans les états hallucinatoires ;
 - . tel neuroleptique est indiqué dans les psychoses ou l'anxiété prédomine ;
- il n'y a pas si longtemps, le langage courant en était l'exemple même : le grand schizophrène du pavillon X, le mélancolique de la chambre du fond...

A force de "coller une étiquette" au malade, la maladie devient privilégiée par rapport au malade.

"La psychiatrie répond à la plainte du malade par un diagnostic, mais, contrairement à ce qui se passe en médecine, ce diagnostic n'ouvre aucune perspective au malade. Le diagnostic est destiné à l'autre ; le fait de poser un diagnostic psychiatrique déloge donc le malade de sa position de sujet l'assujettit à un système de lois et de règles qui lui échappent et inaugurent un processus qui aboutira à des mesures de ségrégation" (M. Mannoni).

En enfermant le malade dans des limites toutes tracées, on est en droit de se demander, si une fois de plus nous ne le contraignons pas à n'évoluer que dans un cadre étroit, ce qui, là encore viendrait fausser toute expérimentation de neuroleptiques.

5 - C O N C L U S I O N

Ce qui apparaissait comme un système linéaire simple : institution - société
soignant - soigné
fou - non fou
symptôme - prescription médicamenteuse
se révèle être un noeud de contradictions extrêmement complexe. L'institution garde, en fait, les mêmes défauts que la société, certains étant amplifiés.

Le dialogue établi dans la relation soignant-soigné n'a qu'un seul sens, une seule origine, celle du soignant. Le désir du soigné reste inexprimé ; cette parole est en effet doublement censurée :

- par le mensonge de l'inconscient du soigné
- par le refus du soignant d'entendre la vérité qui lui est dite.

Quelle va être alors la place des Neuroleptiques Retard ? Représentent-ils une nouvelle arme dans l'arsenal de ce que Basaglia dénonce comme la violence et l'oppression exercées par la société à l'égard de celui qu'elle désigne comme malade mental, même lorsqu'elle le traite en dehors de l'univers hospitalier ?

"Constituent-ils au contraire pour ceux dont l'existence a été bouleversée par une nouvelle façon de concevoir le monde (qu'elle soit héritée ou acquise, individuelle ou sociale, organique, dynamique ou structurale) une catégorie de produits susceptibles de les ramener

vers les normes admises par le groupe dont ils sont issus?" propose le Docteur RAINAUT, lors du colloque de Brauweiler

Pour le psychiatre le choix doit se faire entre :
neuroleptique ou pas de neuroleptique,
respect de l'ordre ou respect du malade,
réadaptation sociale ou tolérance de la folie,
guérison (tout au moins amélioration) ou guérison "par surcroît"

car si d'une part les résultats enregistrés avec le Moditen Retard se sont révélés très satisfaisants (bonne réadaptation sociale de la plupart des malades traités), d'autre part, nous avons montré qu'à travers l'efficacité du neuroleptique, nous n'étudions que les manifestations sociales de la folie - manifestations sociales qui ne représentent qu'un élément mineur de la psychose -.

Doit-on choisir alors entre deux psychiatries ?

La psychiatrie classique et l'antipsychiatrie.

Nous ne nous prononcerons pas mais nous savons cependant qu'il n'est pas possible d'ignorer le bouleversement pharmacologique de ces dernières années.

L'ignorance du neuroleptique n'aboutit qu'à une impasse. ("Des changements sont possibles dans l'hôpital psychiatrique mais ils ne peuvent aller au-delà d'une frontière qui renverserait tout l'édifice").

Il n'est pas possible d'ignorer non plus l'énorme démarche psychiatrique et il n'est pas possible d'ignorer l'énorme fossé qui sépare le respect de la folie et la psychopharmacologie.

- La psychothérapie institutionnelle telle que la pratique OURY à la BORDE et les communautés anglaises (absence de distinction entre soignés et soignants) reste sans prise réelle sur les exigences extérieures. (réintégration difficile des malades à l'extérieur).

Nous pensons qu'un soignant prescrivant un Neuroleptique doit avoir présent à l'esprit les multiples raisons que lui imposent cette prescription.

- La réadaptation sociale du malade (permettant ainsi au soignant d'être la bonne conscience de la société).

- la demande impérative de la société.
- les structures de l'institution.
- le pouvoir de l'administration.
- La lassitude, ses problèmes personnels etc...

Par contre nous refusons que cette attitude du soignant (prescription de neuroleptique) se fasse au nom de l'ordre, au nom des sciences de l'homme.

- Plutôt que de dire au malade :

"vous pourriez en faire des choses intéressantes si vous preniez les médicaments"(COOPER "Psychiatrie et antipsychiatrie") nous pensons qu'il est préférable d'affirmer au malade :

"J'ai peur, votre folie me fait peur ; elle fait peur à votre entourage et à la société. Prenez quelques médicaments, ce sont des médicaments qui imposent le silence, c'est vrai. Prenez-les cependant, pour que je puisse vaincre mon angoisse. Après, cette angoisse vaincue, peut-être pourrais-je mieux revoir votre folie, et la mener avec vous en terme que vous choisirez..."

Pour notre part nous avons utilisé le Moditen Retard pour un nombre important de cas (en effet c'est près d'une soixantaine de cas que nous avons étudiés dans le service : notre expérimentation n'en comportant que 29, et les autres cas n'offrant pas un recul suffisant pour juger du médicament ou l'histoire de la maladie étant vraiment par trop complexe) et nous pensons que dans un certain contexte, ce médicament a été bénéfique plus efficace en tout cas que tous les neuroleptiques jusqu'alors utilisés.

Bien sûr, en prenant une telle attitude, nous avons accepté d'avoir peur de la folie mais tout au moins nous en avons été conscients.

B I B L I O G R A P H I E

L'oenanthate de fluphénazine.

ALARCON (de) R., CARNEY M.W.P.

Severe Depressive Mood Changes Following Slow-release Intramuscular Fluphenazine Injection.

British Medical, Journal - 6/9/69 - pp. 564/567

ALVES GARCIA J.

Experiencias psicofarmacologicas com um novo derivado fenotiazinico de ação prolongada.

Hospital (Rio de Janeiro), 1965, 67 (29-41)

ARNOLD E. and-MAGGINN D.W.

Fluphenazine (Anatensol) in the treatment of disturbed mentally retarder children .

Med. J. Aust., 1967, 54-1/15 (758-760).

AUDISIO M. *et coll.*

Emploi de l'oenanthate de fluphénazine en milieu hospitalier et extra-hospitalier.

Colloque Sotteville-lès-Rouen , Octobre 1968

BARSA J.A. and SAUNDERS J.C.

A double-blind study of fluphenazine enanthate.

Dis. nerv. Syst., 1965, 26/8 (496-498)

BARTHOLEMEW A.A.

A long-acting phenothiazine as a possible agent to control deviant sexual behavior.

Amer. J. Psychiat. 1968, 124/7, 917-923).

BARTHOLEMEW A.A. and HOOLT N.F.

A long-acting phenothiazine, clinical trial.

Med. J. Aust., 1966, 1 (12-18).

BIANCHI G.

Expérimentation avec l'oénoanthate de fluphénazine.

67e Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française de Bruxelles, le 8/13 septembre 1969.

BLACHLY P.H.

Depot Fluphenazine Enanthate in the treatment outpatients schizophrenics.

J. New Drugs U.S.A., 1965/5/2 (114-116). Bull. Signal., 1966, 1, 23-13-624.

BOISSIER J.R., SIMON P. et WOLFF J.M.

Etude pharmacologique d'un neuroleptique à action prolongée : l'oénoanthate de fluphénazine.

Med. Pharmacol. Exp. 1966, 14/5 (435-442) - 1966

Techn. pharm. 1966, 123 (145).

BORNSTEIN S., TUFFET P., ARBOUSSE-BASTIDE J.C. et POSTEL J.

Utilisation de la fluphénazine sous deux formes : Dichlorhydrate et Oénoanthate.

65e Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue française de Dijon. Juillet 1967.

COTTIN M., HENNE M., LE RENARD (Mme) et BOURGEOIS M.

Résultats de l'utilisation de l'oénoanthate de fluphénazine en thérapeutique extra-hospitalière.

66e Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française de Clermont-Ferrand. 16-21 septembre 1968.

DELAY J.

Intervention à propos de l'influence des psychotropes sur la structure des services psychiatriques dans les hôpitaux, leurs fonctions et leur devenir.

1er Congrès de Neuro-Psychopharmacologie de Rome. Amsterdam - Elsevier : Neuro-Psychopharmacology 1959 (196-205)

DELAY J.

Intervention à propos de la terminologie et de la classification des médicaments psychiatriques.

Little-Brown : Psychopharmacology Frontiers, 1959 (426-429).

DELAY J. et DENIKER P.

Méthodes chimiothérapiques en psychiatrie.

Paris : Masson, 1961, 1 volume de 496 pages.

DELAY J. et DENIKER P.

Expérimentation clinique du Moditen-Retard (Oenanthate de Fluphénazine) soluté injectable de 25 mg/Ml.

Rapport d'expertise. 24 pages et 5 tableaux.

DELAY J. et DENIKER P.

Lacunes et besoins en matière de neuroleptiques.

5e Collegium international Neuro-psychopharmacologicum Congress, Tarragona, 1968, Amsterdam : Excerpta Medica

Foundation : the present statuts of Psychotropic Drugs.

I. C. S. 180, 1969 (139-144)

DELAY J., DENIKER P., LEVRIE J. et CONTE C.

Intérêt de l'utilisation de la fluphénazine dans le traitement des états schizophréniques.

Ann. Méd. Psychol. 1963, 121/1 (452-457)

DELAY J., DENIKER P., PERIER M. et DALLE B.

Intérêt des composés d'activité prolongée pour la conduite des cures neuroleptiques. (A propos de l'oenanthate de fluphénazine).

Presse Méd. 1967, 75/24 (1243-1246).

DEMARS JP.C.

Neuromuscular effects of long-term phenothiazine medication electroconvulsive therapy and leucotomy.

J. O. nerv. and ment. Dis. 1966, 143/1 (73-79).

DENIKER P.

La psychopharmacologie,

Paris, P. U. F., 1966, 1 volume de 128 pages

DENIKER P. et CONTE C.

Effets secondaires et processus thérapeutique

5e Collegium international Neuro-Psychopharmacologicum
Congress. Washington D.C. 1966, Amsterdam : Excerpta
Médica Foundation ; Neuro-Psychopharmacologie, I.C.S.
129 (650-656).

DIGO R., PIRET J.M., GERVAIT R. et AZOULAY F.

Contribution à l'étude clinique des effets de l'oenanthate de fluphénazine.

66e Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue
française de Clermont-Ferrand. 16-21 septembre 1968.

EBERT A.G., HALES H.L. and HESS S.M.

The metabolism of C 14 fluphenazine (Prolixin) Enanthate.
Fed. Proc. 1963, 22 (539).

EBERT A.G. and HESS S.M.

The distribution and metabolism of fluphenazine enanthate.
J. Pharmacol. exp. Therap. V.S.A. 1965, 148 (412-421).

EICHSTETTER F.

Erfahrungen in der Behandlung chronischer Psychosen mit
Fluphenazin-Oenanthate. Der Nervenarzt.

Heft 6, 1968, pp. 282/283.

EVARD E., CROUFER F., MOLDERS V., PLOMTEUX G. et BOBON J.

Chimiothérapie antipsychotique d'action prolongée :
l'oenanthate de fluphénazine.

66e Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue
française de Clermont-Ferrand. 16-21 septembre 1968.

FAURE-LISFRANC (Mme) S.

Un bouleversement dans le traitement des psychoses : les
neuroleptiques retard.

Immex. (1069 1072), août-sept 69.

FOUKS L., HOUSSAIT, MATHIS, GAY, FERRAGU (Mme), GILBERT
(Mme)

Intérêt des neuroleptiques-retard.

Ann. Med. Psychologiques, T. 1, (772-778), mai 1969.

FOUKS L., PAGOT R., PERIVIER Ed., GILBERT (Mme), HOUSSAIT A. et LERNO J.

Traitement des psychoses par l'Oenanthate de Fluphénazine.
64e Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française de Grenoble. 12-17 septembre 1966

FOUKS L., PERIVIER Ed., GILBERT (Mme), FERRAGU (Mme), LERNO J., HOUSSAIT A. et FROGE N.

Essai clinique sur l'oénanthate de fluphénazine .
Ann. Médic. Psychol. 1967 ; 1/1 (140).

FOUKS L., PERIVIER E., HOUSSAIT A., GILBERT (Mme), FERRAGU (Mme) et LERNO J.

Indications et modes d'administration de l'oénanthate de fluphénazine.
Ann. Méd. Psychol. 1967 2/2 (276-281).

FOUKS L., PERIVIER Ed., MATHIS P., HOUSSAIT A., GILBERT A. et FERRAGU Y.

Originalité et intérêt de la fluphénazine retard (oénanthate).
66e Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française de Clermont-Ferrand. 16-21 septembre 1968.

GAYRAL L.

Les Neuroleptiques retard. Indications et technique d'utilisation.

Thérapeutique Bichat. 1968. Semaine des Hôpitaux, 44e année, n° 10 (669-671), décembre 1968.

GAYRAL L.

Conduite de la cure en milieu hospitalier

IIIèmes Journées d'information psychiatrique de Marseille.
14-15 mars 1969. Supplément "Encephale" 1970.

GAYRAL L., CAUSSINUS H., MORON P., SCHECKTMAN Y.

Etude comparative de l'activité d'un neuroleptique retard (oénanthate de fluphénazine) par l'analyse statistique.
"Thérapie" XXV.1970 - (29/42)

GAYRAL L., LAMBERT P.A., RAYMONDIS L.M., CAUSSINUS H. et SCHECKTMAN Y.

Appréciation de résultats cliniques et sélection des médicaments en psychopharmacologie par l'analyse statistique.

6ème Collegium internationale... Tarragona, 1968.

Amsterdam : Excerpta... : the Present Status of Psychotropic Drugs, I.C.S., 180, 1969 (383-384).

GAYRAL L., OULES J., FOURNY L., GRANDMONTAGNE (Melle), MILLET L. et Coll.

Méthode nouvelle de chimiothérapie en psychiatrie par neuroleptique à effet prolongé. L'oénanthate de fluphénazine.

Sem. Hôp. (Paris) 1968, 44/19 (1298-1300)

GOT et RICHOU

Essais de l'oénanthate de fluphénazine (Moditen-Retard).

67e Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française Bruxelles, 8-13 septembre 1969.

GRIMBERT L., MADRE J.C., PUECH J.

Etude sur l'utilisation clinique de l'oénanthate de fluphénazine.

67ème Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française de Bruxelles le 8-13 septembre 1969.

JOSSE G. et LANG F.

Facilitation de l'approche psychothérapique par la fluphénazine.

4e World Congress of Psychiatry. Madrid 1966. Amsterdam: Excerpta Medica Foundation, Psychiatry III, I.C.S. 150, 1968 (2118-2119).

LAMBERT P.A., MARCOU G., BOUCHARDY M., MIDENET J.

Place de l'oenanthate de fluphénazine dans la thérapeutique psychiatrique actuelle.

Psychologie Médicale, T. 1, n° 0 (93-108) 1969.

LAMBERT P.A., MIDENET M., MARCOU G. *et* BOUCHARDY M.

L'oenanthate de fluphénazine, produit neuroleptique retard utilisable dans le traitement extra-hospitalier des psychoses chroniques.

J. Méd. Lyon 1967, 1116 (351-355). Ann. Méd. Psychol. 1967, 1/1 (136).

LANG Fr., JOSSE G. *et* DUCAMP J.

Utilisation de l'oenanthate de fluphénazine en psychiatrie infantile.

Réunion des Psychiatres de l'Est, Colmar, 29 nov. 1969.

LEGER J.M., BLANCHINET J. *et* PERON A.

Intérêt de l'oenanthate de fluphénazine dans la thérapeutique ambulatoire chez des psychotiques chroniques traités après une brève hospitalisation.

67ème Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française de Bruxelles, le 8-13 septembre 1969.

MARGAT P. *et* (Melle) BROUSSOT Th.

Application du dichlorhydrate de fluphénazine, relayé par l'oenanthate de fluphénazine chez 40 schizophrènes et délirants chroniques.

66ème Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française de Clermont-Ferrand. 16-21 septembre 1968.

MODITEN-RETARD (Oenanthate de Fluphénazine)

1er Colloque, Compte -rendu des rapports et de la Table ronde. Château d'Artigny, le 26 mai 1967.

MORIN J.V., LACROIX G. *et* GAUDILLAT F.

Contribution à l'étude de l'oenanthate de fluphénazine dans certaines psychoses et névroses chroniques.

67ème Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française de Bruxelles, le 8-13 septembre 1969.

Réunion psychiatrique de l'Est du 29 septembre 1969. (Colmar)

PAGOT R. et MICHELIN J.

Etude clinique de l'oenanthate de fluphénazine en service hospitalier psychiatrique.

67ème Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française de Bruxelles, le 8-13 septembre 1969.

PERIVIER Ed., FOUKS L., MATHIS P., GILBERT (Mme), HOUSSAIT A. et FROGE N.

Intérêt de la fluphénazine et de l'oenanthate de fluphénazine à fortes doses.

65ème Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française à Dijon. 4-9 juillet 1967

PERIVIER Ed. et Coll.

Intérêt des Neuroleptiques Retard

67ème Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française de Bruxelles, le 8-13 septembre 1969.

POLVAN N., SONGAR A. et ZIYALAR A.

Evaluation des résultats obtenus par le traitement de la fluphénazine oenanthate dans le cas de schizophrènes et dans quelques autres syndromes psychiatriques.

64ème Congrès de Psychiatrie et de neurologie de langue française de Grenoble. Paris, Masson, 1966 (1201-1203).

RAINAUT J. et PASCAL F.

L'intérêt du Moditen-Retard dans la prévision des cures extra-hospitalières chez les malades mentaux très anciens.

67ème Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française de Bruxelles, le 8-13 septembre 1969.

RAVANIS C.L., WEAVER L.A. and BROOKS G.W.

Further studies with fluphenazine enanthate : II. Relapse rate in patients deprived of Medication

Amer. J. Psychiat., 1967, 124/2 (248-249).

ROPERT R., LEVY L., ROPERT (Mme) et SIGNARBIEUX, G. COUDIERE et SAMPIERI F.

A propos de la thérapeutique retard par l'oenanthate de fluphenazine : implications cliniques et psychologiques du traitement.

67ème Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française de Bruxelles, le 8-13 septembre 1969.

KAMMERER Th., EBTINGER R., MILANI A., COQUILLAT G. et JADIN J.M.

Essais cliniques de l'oenanthate de fluphénazine dans les psychoses chroniques.

67e Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française de Bruxelles, le 8/13 septembre 1969.

KINGSTONE E.

The use of fluphenazine enanthate in an out patient clinic. Int. Z. Pharmacol. Ther. Toxicol., 1968 1/5 (413-416).

KINROSS-WRIGHT J.

A controlled study of a very long-acting phenothiazine. Int. J. Neuro-psychiat., 1965 1 (66-70).

KINROSS-WRIGHT J. and CHARALAMPOUS K.D.

A psychopharmacology Research Unit. Dis. nerv. Syst., 1963 (299-301).

KLINE N.S. and SIMPSON G.M.

A long-acting phenothiazine in office practice. Amer. J. Psychiat., 1964. 120 (1012-1014).

LAMBERT P.A., MARCÔU G.

L'oenanthate de fluphénazine en traitement post-hospitalier.

IIIèmes journées d'Information Psychiatrique de Marseille, 14-15 mars 1969 "Encéphale" supplément 1970.

LAMBERT P.A., MIDENET M., MIDENET J. (Mme), MARCÔU G. et BOURCHARDY M.

Perspectives nouvelles offertes par un neuroleptique injectable retard ; l'oenanthate de fluphénazine.

Ann. Méd. Psychol. 1966, 1/5 702-704.

Colloque MODITEN RETARD

2e Colloque : Paris -Hilton , C.R. des rapports et de la table ronde, le 26 octobre 1968.

VALLADE L.

Avantages et indications du Moditen-Retard.

IIIes journées d'information psychiatrique de Marseille, 14-15 mars 1969. Supplément "Encéphale" 1970.

VIALA A.

Oenanthate de fluphénazine (Moditen Retard N.D.): Chimie et pharmacologie.

IIIes journées d'information psychiatrique de Marseille, 14-15 mars 1969. Supplément "Encéphale" 1970.

VOLMAT R.

Le Chlorhydrate et l'oenanthate de fluphénazine. Allocution présidentielle.

IIe Colloque Moditen Retard : Paris-Hilton, le 26 octobre 1968.

VOLMAT R.

Essais cliniques de l'oenanthate de fluphénazine chez 50 malades chroniques schizophrènes et délirants, 1969

VOLMAT R., BEAUDOUIN J.L., COURT P., ALLERS G. et VITTOURIS N.

L'oenanthate de fluphénazine dans les schizophrénies et les délires chroniques.

67ème Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française de Bruxelles, le 8-13 septembre 1969.

WARNES H., JONES B., LEHAMANN H.E., BAN T.A. and LEE H.
The effects of long-acting fluphenazine on the chronic schizophrenic.

Un. méd. Can. 1967, 96/4 (449-450).

WILKIN M.O., SALES M. et GATINEAUX J.M.

Premiers résultats sur l'utilisation de l'oenanthate de fluphénazine dans trois services hospitaliers psychiatriques.

66ème Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française de Clermont-Ferrand. 16-21 septembre 1968.

Psychothérapie institutionnelle et "anti-psychiatrie".

APOSTEL L.

Epistémologie de la linguistique,
rev. "la Pleiade" : Logique et connaissance scientifique.

APOSTEL L.

Sur l'épistémologie du hasard dans les sciences sociales,
rev. "la Pleiade" : Logique et connaissance scientifique.

BASAGLIA F.

L'institution en négation,
"le Seuil"

COOPER D.

Psychiatrie et anti-psychiatrie,
"le Seuil", Paris 192 p.

CHANOIT *et coll.*

Le compte-transfert institutionnel,
revue de psychothérapie institutionnelle.

GENTIS R.

Les murs de l'asile,
"Maspéro" Paris 1970, 90 pages

GOFFMAN

Asiles, "Minuit"

GOLDMANN C.

Epistémologie de la sociologie,
Rev. "la Pleiade" : Logique et connaissance scientifique.

GRECO P.

Epistémologie de la psychologie,
rev. "la Pleiade" : Logique et connaissance scientifique.

LAING R.

La politique de l'expérience,
"Stock", Paris 126 p.

LAING R.

Le moi divisé,
"Stock", Paris 190 p.

LEVY A.

Les paradoxes de la liberté,
Epi, Paris 1969, 238 p.

MANNONI M.

Le psychiatre, son fou, et la psychanalyse,
"Seuil", Paris 1970, 270 p.

MANNONI M.

L'enfant arriéré et sa mère,
"Seuil", Paris 1964, 190 p.

MARTIN D.

Aventure en psychiatrie,
"Scarabée"

MEYER F.

Situation épistémologique de la biologie,
revue "la Pléiade" : Logique et connaissance scientifique.

MICHAUD

Transfert et échange en psychothérapie institutionnelle
revue de psychothérapie institutionnelle

OURY

L'ici, le maintenant, le lieu en psychothérapie institutionnelle,
Revue de psychothérapie institutionnelle.

PIAGET J.

Les problèmes de l'épistémologie des sciences de l'homme
rev. "la Pleiade" ; Logique et connaissance scientifique.

SHOTTE

Psychanalyse et institution,
revue de psychothérapie institutionnelle.

S O M M A I R E

Ière PARTIE (Etude Clinique)

- Le médicament retard.	3
- Le cadre.	13
- L'expérimentation.	19
- Le vécu.	59
- Les résultats.	69

IIème PARTIE (Pharmacodynamie : Epistémologie)

- Introduction.	79
- Le médicament.	83
- L'expérimentation.	91
- Institution, Psychiatrie et Anti-Psychiatrie.	97
- Conclusion.	109

BIBLIOGRAPHIE

- Moditen Retard.	117
- Psychothérapie institutionnelle Psychiatrie et Anti-Psychiatrie.	127

Vu, le Président de Thèse
Pr. G. ARNOULD

NANCY, le 29 Avril 1971

Vu, le Président de l'U.E.R.
des Sciences Médicales B
Professeur J.B. DUREUX

AUTORISE A SOUTENIR ET IMPRIMER LA THESE
NANCY, le 11 Mai 1971

Le Président de l'Université de NANCY I
Professeur J.R. HELLUY

